FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre RUBENOVITCH

Né à Paris, le 15 juillet 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SCHIZOMANIE

(LA SCHIZOMANIE SIMPLE)

Président : M. H. CLAUDE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
RATHERY . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

À MON MAITRE ET MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI CLAUDE

Professeur de la Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale

A Monsieur le Docteur DESGREZ

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur OETTINGER
Monsieur le Docteur ARROU
Monsieur le Docteur LAUBRY
Monsieur le Docteur BAUMGARTNER
Monsieur le Professeur LEGUEU
Monsieur le Professeur COUVELAIRE
Monsieur le Docteur CHIFOLIAU
Monsieur le Professeur TEISSIER
Monsieur le Docteur LORTAT-JACOB
Monsieur le Professeur H. CLAUDE

AVANT-PROPOS

C'est à notre maître, M. le professeur H. Claude que nous devons le sujet de cette thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner. Nous ne saurions oublier tout ce que nous devons à son enseignement, et le remercions sincèrement de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre ami, M. le Dr Gilbert Robin, chef de clinique de la Faculté de Paris, pour les encouragements et les conseils quotidiens qu'il nous a prodigués avec une inlassable bonne grâce. Il a bien voulu nous faciliter la mise au point de notre travail. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre entière gratitude.

Nous prions M. le Dr E. Minkowski d'accepter tous nos remerciements pour la documentation qu'il a bien voulu nous procurer, et les entretiens, profondément gravés dans notre mémoire qu'il a bien voulu nous accorder au sujet de notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SCHIZOMANIE

(LA SCHIZOMANIE SIMPLE)

INTRODUCTION

Le temps n'est plus où le médecin praticien pouvait se contenter de qualifier de « bizarre, d'original », tel psychopathe avéré, qui, faute de diagnostic précis, voyait son état s'aggraver irrémédiablement, sans qu'aucune thérapeutique n'ait été mise en œuvre.

Il est vrai que pour beaucoup de médecins, les malades ne relevant de la psychiatrie que lorsqu'ils sont incurables, les conséquences de certaines lacunes en cet art leur paraissent nulles. Il semble qu'on ait tendance à réagir contre cet état d'esprit.

Les cadres périmés disparaissent, le mur dressé entre la neurologie et la psychiatrie est abattu (1) : dorénavant, un médecin sera aussi inexcusable de ne pouvoir dépister une maladie mentale que d'ignorer les signes du tabès ou de telle autre affection nerveuse.

1. H Claude, *la Psychiatrie qui guérit* (*Monde médical*, 1er fév. 1925).

Il faut reconnaître que jusqu'à présent, les médecins qui se consacraient à l'étude des maladies mentales, étaient plutôt considérés comme des psychologues, et non comme des médecins poursuivant un but médical.

Mais maintenant qu'on a pu, avec succès, instituer des traitements d'affections mentales basés sur des observations biologiques (1), la confusion n'est plus permise : le psychiatre est un médecin, et le jour n'est pas loin, nous l'espérons pour le plus grand bien des malades (2), où tout praticien, au même titre qu'il est gynécologue et neurologue, sera psychiatre.

Mais le fait qu'*a priori*, on soit enclin à admettre un substratum organique dans toute affection mentale, doit-il diminuer l'intérêt porté aux recherches d'ordre psychologique? Si même on n'admet qu'avec les plus grandes réserves l'hypothèse suivant laquelle un phénomène purement psychologique peut engendrer des troubles mentaux, il semble que la psychiatrie ait tout intérêt à accepter le concours de la psychopathologie et de la psychologie normale.

Combien de fois se trouve-t-on, en dernière analyse devant ce fait qu'un milieu donné agit sur un sujet sans modifier sa physiologie, mais simplement par les réactions psychologiques qu'il provoque? C'est pourquoi, à l'heure actuelle, les psychiatres s'efforcent de

1. H. Claude, Santenoise, Tinel, *Essai de traitement biologique des crises anxieuses, maniaques ou confusionnelles de la psychose périodique* (*Progrès médical*, nº 22, 30 mai 1925).

2. H. Claude, *les Facteurs de guérison dans les maladies mentales*: (*Progrès médical*, nº 52, 22 déc. 1923).

compléter les données cliniques par l'étude du caractère individuel, par l'analyse du contenu des pensées et de la conduite.

Cependant, l'intérêt que l'on porte aujourd'hui aux problèmes psychologiques ne doit pas engager à négliger les études cliniques proprement dites, et, en particulier, la recherche des entités nosologiques (1).

C'est dans cet esprit que nous entreprenons la description d'une forme clinique appartenant à un type morbide dégagé par l'Ecole de Sainte-Anne, la schizomanie (Claude, Borel et Robin).

Deux observations que nous rapportons, nous permettent, en effet, de décrire à côté des formes de rêverie (Robin) et de bouderie (Borel) déjà étudiées, une forme *simple*. Nous ne doutons pas que la littérature psychiatrique n'offre plusieurs exemples de tels malades, quoique rangés dans d'autres cadres.

Cependant nous pensons qu'il est assez rare de rencontrer des cas aussi purs de *schizomanie simple*. C'est pourquoi nous nous étendrons un peu longuement sur l'analyse de ces deux cas, nous attachant à faire ressortir les particularités qui permettent de les différencier des formes précédemment décrites, et dont nous donnerons également un exemple.

1. O. L. Forel, *la Psychologie des névroses*. Kundig, Genève, 1925.

HISTORIQUE

Bleuler, de Zurich, décrivant la démence précoce en 1911, se basant sur les théories de Kraepelin et de Freud, mit à jour la conception de la *schizophrénie* (1).

Etymologiquement σχίζειν : diviser, scinder, φρὴν : esprit, ce mot signifie : maladie où l'esprit est scindé, dissocié.

Ce terme lui paraissait plus juste que celui de démence. On avait en effet l'habitude de considérer comme appartenant à la démence précoce, toute affection psychique ne relevant pas d'un processus bien déterminé et n'aboutissant pas toujours au véritable affaiblissement intellectuel qui donne son sens au mot de démence. Certains auteurs, avant Bleuler, avaient déjà voulu désigner avec plus de précision cette « démence » évoluant si souvent sans démence véritable : c'est ainsi que les termes de *dissociation* (Claude, 1910), *ataxie intra-psychique* (Erwin Stransky), *dysharmonie* (Arstein), *discordance* (Chaslin, 1910), furent proposés pour en caractériser le trouble essentiel.

1. Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der schizophrenien* (*Traité de psychiatrie d'Aschaffenburg*, 4e partie,t. I (Franz Deuticke, 1911).

Bleuler eut le mérite de pénétrer plus avant dans le psychisme de ces malades. Seulement, dans sa tentative de réduire la diversité clinique à un petit nombre de symptômes cardinaux, il étendit le domaine de la schizophrénie à la majorité des psychoses. Comme le dit Trénel (1), « Bleuler aboutit à un élargissement extrême, excessif, du domaine de ce qui n'est plus une maladie proprement définie, mais un vaste genre. »

Cette conception s'aliène tous les auteurs qui, se fiant aux données de l'anatomo-pathologie (Lhermitte, Dide, Guiraud, Laforge), et de la neurologie (H. Claude), reconnaissent à la démence précoce type Morel et type Kraepelin des bases organiques, que celles-ci soient d'ordre biologique, toxi-infectieux ou anatomique. Les idées de Bleuler ne peuvent s'appliquer rigoureusement qu'à un petit nombre de cas, ceux qu'il range dans sa *schizophrénie simple.* Elles ne constituent qu'une hypothèse pour les autres formes de la schizophrénie, formes que l'Ecole de Sainte-Anne, classe soit dans le cadre de la démence précoce type Morel,soit comme maladie organique nettement définie.

Pour le professeur Claude et ses élèves, la notion de schizophrénie n'est donc applicable qu'à un certain nombre d'individus dont l'existence clinique se laisse envisager avec précision et pour lesquels le terme de démence apparaît le plus impropre. Ces individus ont

1. Trénel, *la Schizophrénie d'après la conception de Bleuler.* (*Revue neurologique*, 1911).

2. H. Claude, *Rapport du syndrome catatonique avec les syndromes parkinsoniens et choréique* (*Paris médical*,18 sept. 1920).

pour caractéristique constante de présenter en même temps qu'un passé héréditaire fréquemment observé, une constitution spéciale : la *constitution schizoïde* que KRETSCHMER a décrite (1). Tantôt sous une influence affective (complexe freudien), tantôt à la faveur d'un état toxi-infectieux, tantôt parfois sans motif nettement appréciable, le schizoïde, qui avait toutes les apparences d'un être normal, franchit les bornes pathologiques : il est devenu un schizomane. Le processus pathologique se développe-t-il? nous aboutissons à la schizophrénie, terme de cette évolution morbide.

C'est ainsi que, partant du concept de schizophrénie et s'appuyant sur la notion de schizoïdie, l'Ecole de Sainte-Anne a décrit, hors de la démence précoce, une schizomanie qui comprend surtout dans la schizophrénie de BLEULER, les cas rangés par le psychiatre de Zurich dans la schizophrénie simple (2).

Voilà expliquée la ressemblance étymologique de deux termes qui désignent deux façons très divergentes d'envisager les types cliniques qu'ils définissent, selon qu'on adopte les théories de BLEULER dans leur intégrité ou avec la signification très restreinte proposée par le professeur H. CLAUDE.

La *schizomanie* est donc une notion nouvelle issue

1. Kretschmer, *Korperban und Charakter*, Berlin, 1921.

2. Claude Borel et G Robin, *Démence précoce, schizomanie et schizophrénie* (*Encéphale*, n° 3, 1924).

H. Claude, *Démence précoce et schizophrénie* (*Paris médical*, 17 oct. 1925).

de la version française et remaniée de la schizophrénie bleulerienne (1).

Après avoir défini les caractères essentiels de la schizomanie, nous nous attacherons à l'étude du diagnostic différentiel, précisant les différences profondes qu'elle offre avec la démence précoce en particulier, ou avec d'autres affections mentales, en nous basant sur les observations publiées. Enfin nous tenterons de décrire le comportement de ces malades fixés dans un état d'équilibre plus ou moins stable aux confins du normal et du pathologique. Cette étude ne nous paraît pas sans quelque intérêt pour le praticien à qui incombe la responsabilité du « dépistage » précoce des malades mentaux.

Nous ne discuterons pas les diverses théories pathogéniques proposées, bornant notre étude à la description en quelque sorte clinique de l'affection.

1. E. Minkowski, *la Schirophrénie et la notion de maladie mentale* (*Encéphale*, nos 5, 6, 7, 1921).

SCHIZOPHRÉNIE ET CONSTITUTION SCHIZOIDE

Du seul point de vue psychologique, le trouble essentiel de la schizophrénie, sera défini par la « *perte du contact vital avec la réalité* ». (1)

Chez le schizomane, cette perte de contact ne sera pas absolue, et quelquefois même ne paraîtra pas définitive. Chez le simple schizoïde, il y aura simplement une aptitude constitutionnelle plus ou moins apparente à la dissociation de la personnalité, qui se traduira par une tendance à l'intériorisation (2).

Telles sont très schématiquement exposées, les différences de degré établies par l'Ecole de Sainte-Anne entre les états schizoïdes, schizomaniaques et schizophréniques.

Entre ces trois stades, des limites nettes, rationnelles, n'existent pas. Aussi allons-nous d'abord esquisser les troubles essentiels de la schizophrénie avancée, puis indiquer les caractères principaux de la schizoïdie. Il nous sera plus facile ensuite de situer le terme moyen qui constitue la schizomanie.

1. E. Minkowski, *loco citato.*
2. H Claude, *Démence précoce et schizophrénie* (*Paris médical*, 17 oct. 1925).

La schizophrénie (1)

Le malade atteint de schizophrénie apparaît comme véritablement dissocié, vivant d'une double vie : la vie réelle dont il se détache, et la vie intérieure, *autistique*, dans laquelle il s'absorbe.

Tous les symptômes relèvent de ce double fait.

De prime abord, il semblerait que tout « aliéné » pût être visé par cette définition. L'aliéné n'est-il pas un étranger par rapport à la réalité? Mais chez un dément précoce type Morel ou chez un paralytique général, nous trouvons un affaiblissement intellectuel qui a pour conséquence la rupture avec la réalité.

Dans la schizophrénie, au contraire, le jugement et la mémoire sont intacts (exception faite pour les pseudo-amnésies secondaires à l'indifférence, au négativisme, etc.) et la perte de contact avec la réalité apparaît non comme un trouble secondaire, mais comme le trouble primordial, essentiel, de l'affection. Le schizophrène conserve intactes sensations et perceptions, orientation, mémoire, conscience et motilité. Mais l'individu normal est continuellement orienté vers une réalité mouvante à laquelle, sans effort, ses facultés s'adaptent incessamment.

C'est cette direction des facultés qui se perd progressivement chez le schizophrène qui se soustrait de plus en plus à la réalité, en réalisant une véritable introversion.

1. Ce paragraphe est en grande partie directement inspiré par le travail de Minkowski, cité à la page précédente.

Cependant, le malade conserve quand même une façade orientée vers la réalité. « Il en résulte une désagrégation de l'individu en noyau profond ayant perdu le contact avec la réalité, et en couche superficielle qui l'entoure... La couche superficielle tournée vers la réalité, et de ce fait aussi vers nous, réagira à sa façon aux excitations du dehors et nous fournira une série de symptômes, qui, mesurés à nos manifestations psychiques normales, porteront le cachet de perte de contact avec la réalité. Mais cette couche superficielle se trouvera en même temps prise entre la réalité d'un côté et le noyau profond qui se trouve être soustrait à celle-ci, de l'autre. Ce noyau agira, lui aussi, sur la couche superficielle et viendra parfois se manifester à travers, au dehors, avec tout son contenu positif, avec toutes les forces vives, qui, à l'état potentiel sont incluses en lui. » (Minkowski). Il est facile par là de comprendre pourquoi, malgré l'identité de leur origine, les symptômes objectifs présenteront une grande variété d'un malade à l'autre, et une instabilité apparente chez chaque sujet.

Ces symptômes découlent des manifestations essentielles de la perte de contact avec la réalité, et peuvent se synthétiser de la façon suivante :

1° Dans la sphère intellectuelle : *discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique.* — Le malade n'oriente plus ses facultés intellectuelles vers un but précis, utile. La réalité, qui n'a plus d'intérêt pour lui, n'intervient plus pour ordonner sa pensée comme chez l'homme normal et susciter le mécanisme psychologique adapté au moment présent. De sorte qu'un

raisonnement cependant conforme aux exigences de la logique formelle, pourra paraître « en conflit logique avec la réalité. » Ce symptôme entraîne une série de signes secondaires et souvent contradictoires en apparence, tels que barrages de la pensée, logorrhée automatique et mutisme, indifférence et irritabilité, suggestibilité extrême et négativisme, catatonie interrompue par des impulsions violentes...

II. — Dans la sphère affective : *indifférence apparente.* — Le malade perd la faculté d'accorder son affectivité avec les évènements. Il est atteint d'une sorte de rigidité affective qui le rend incapable de suivre les variations extérieures ou même intérieures. Son affectivité n'est pas diminuée, mais elle restera fixée dans une tonalité d'où elle ne sortira plus. Le schizophrène, conscient de son état, dira même qu'il ne « réalise » plus les événements. Ceux-ci pourront être jugés, pesés avec logique, mais ne produiront pas l'ébranlement affectif normal. Le malade suppléera à cette incapacité (s'il en est conscient), par un processus intellectuel. De là une apparence d'indifférence.

De ces deux catégories de troubles découlera un symptôme qui, pour Bleuler, est un des symptômes élémentaires de l'affection, l'*ambivalence*, c'est-à-dire le fait d'affirmer, et de nier la même chose en même temps, d'aimer et de haïr simultanément la même personne, de tendre vers un but et de chercher en même temps à l'éviter.

Tel est le schéma, en quelque sorte, du fonds mental schizophrénique aboutissant possible de la schizomanie.

La constitution schizoïde

A l'autre pôle, nous trouvons le « terrain » sur lequel se développera la schizomanie. C'est cette constitution schizoïde que Kretschmer a décrite, et qu'il oppose à la constitution syntone.

Le *syntone* a un contact permanent avec l'ambiance. Il reçoit de la vie réelle tout ce qu'elle lui apporte et il lui rend tout ce qu'elle accepte : c'est l'être actif qui réagit avec souplesse aux incitations du monde extérieur. Ses actes sont raisonnés et imprégnés d'une affectivité adaptée aux événements. Il vit en harmonie avec lui-même et avec son milieu. Il a au plus haut point la notion des limites et de la mesure (Minkowski). Tout son être est bénévolement dominé par la *pensée réaliste*.

Le *schizoïde* vit en dedans de lui-même. C'est un maginatif, capable de produire, mais s'isolant facilement dans sa tour d'ivoire où il s'intériorise (Claude). Beaucoup d'artistes, d'écrivains, de philosophes, ont présenté une constitution schizoïde qui a imprimé un caractère particulier à leurs œuvres (1). Détaché du monde réel, la relativité des choses échappe au schizoïde. Vivant dans un monde irréel, où toutes les valeurs sont à la mesure de ses désirs, il a une tendance irrésistible à se mouvoir dans l'absolu. Si cet état n'évolue pas, un tel sujet peut s'adapter de façon suffisante à la vie,

1. A. Borel et G. Robin, *les Rêveurs éveillés*. Gallimard, 1925.

tout en ressentant avec force la préférence qu'il accorde à son monde intérieur, à sa *pensée autiste* (1).

Schizoidie et normalité

Pensée autiste et pensée réaliste coexistent chez la majorité des individus.

Chaque homme normal est justement défini par les proportions variables de syntonie et de schizoïdie, qui détermineront son attitude particulière vis-à-vis des événements (2).

Mais, d'une façon générale, la nécessité exige le triomphe de la pensée réaliste qui ne se confond jamais avec la pensée autiste. A quel moment la schizoïdie d'un sujet devient-elle anormale? Où se trouve, en d'autres termes, le seuil de la schizomanie?

Pour pouvoir répondre avec précision à une telle question, il faudrait connaître un critérium sûr de la normalité, qui permette à un observateur de mesurer la dose de schizoïdie compatible avec une vie normale. Une telle donnée n'existe pas : une réponse précise est donc impossible. Il ne reste en dernière analyse, qu'à faire appel à ce sentiment d'harmonie et de mesure propre au syntone, et qui, seul, étant lui-même irrationnel, peut nous permettre d'aborder ce problème irra-

1. H. Claude, A. Borel et G. Robin, *la Constitution schizoïde.* Etude clinique et diagnostic différentiel (*Encéphale,* n° 4, avril 1924).

2. Minkowski. *Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich* (*Annales médico-psychologiques,* n° 2, février 1923).

tionnel. C'est ce sentiment qui nous permettra, lorsque nous confronterons la conduite d'un sujet avec l'idée que nous avons d'une conduite normale, d'affirmer si elle est ou non adaptée à la vie réelle. Il convient de ne pas se dissimuler le danger d'une telle attitude. Elle suppose en effet, d'abord que l'observateur en question est persuadé lui-même de sa faculté de juste appréciation des faits observés, ensuite, que les termes de comparaison qu'il évoque plus ou moins consciemment, sont judicieusement choisis. Choses évidemment assez peu certaines pour qui sait que normalité n'est pas majorité. Tel qui pense « comme tout le monde », n'est pas pour cela un sage. Tel autre n'est pas forcément insensé qui n'est pas compris de ses semblables : il lui aurait peut-être suffi pour cela, d'être né sous une autre latitude, ou à une autre époque...

LA SCHIZOMANIE

En analysant le contenu de la constitution schizoïde définie plus haut, on peut remarquer que cette notion renferme plusieurs éléments. La prédominance d'un élément donné, conférera à chaque sujet un caractère particulier. C'est bien ce que montre l'observation clinique. En sorte que l'état schizomaniaque pourra être l'aboutissant de processus psychologiques souvent très différents.

Rêveurs

Heuyer, Borel (1) et Robin (2), avaient proposé le terme de « psychose de rêverie » pour désigner les états schizomaniaques où se trouve au premier plan l'activité imaginative. Pour peu qu'une imagination riche, abondante, merveilleuse, lui montre l'existence pauvre, sèche, désenchantée, tout homme aura son monde imaginaire auquel il se reportera volontiers, réalisant un véritable autisme. Comme nous l'avons déjà dit, l'état patholo-

1. Heuyer et Borel, *Délire de rêverie. Société de psychiatrie*, 1922.

2. Borel et Robin, *les Rêveries morbides* (*Annales médico-psychologiques*, 1924).

gique sera créé par l'excès, en intensité et en durée, de ce processus normal. « Chez le schizomane, ce qui n'est qu'un refuge temporaire pour chacun de nous, est devenu un asile permanent (1), »

Doué d'une sensibilité délicate, et d'une imagination surtout affective, leschizoïde rêveur pressent la vie une chose ensoleillée, magnifique, le monde une féerie glorieuse et douce... et il longe, sans rien trouver, le grand mur triste de la réalité.

Les chocs affectifs que comporte toute existence, contribueront à l'éloigner définitivement de la vie réelle.

Boudeurs

Dans un deuxième groupe de schizomanes, étudié par Borel (2), le facteur imaginatif apparaît réduit. Ce qui domine, c'est la fixation monstrueuse d'un état affectif désagréable. Dans l'enfance, ces sujets, au lieu d'une tendance à la rêverie, présenteront une mauvaise humeur et un entêtement habituels. Le processus psychologique qui les conduira à la schizomanie peut se résumer d'un mot, que leur applique Borel : la *bouderie*. Le boudeur se sépare du monde extérieur en se concentrant rageusement sur le sujet de son mécontentement. Hostile, figé, même gâteux, répondant délibérément à côté, il réalisera un aspect démentiel.

Rêveurs et boudeurs, pour rompre plus complètement

1. A. Borel, *Rêveurs et boudeurs morbides* (*Journal de Psychologie*, n° 6, 15 juin 1925).
2. A. Borel, *Rev. et boud. morb., loco citato.*

avec la réalité, en arrivent, comme l'a montré Michel Cénac (1), à créer une langue spéciale comprise d'eux seuls. La raison d'un tel phénomène doit être cherchée dans le besoin de compensation idéo-affective de ces sujets (2). Ces malades ont donc une activité intellectuelle et une affectivité intactes. Et l'on voit maintenant par quels mécanismes ils arrivent à réaliser l'aspect d'une affection démentielle où justement seraient gravement diminuées l'activité intellectuelle et l'affectivité.

Cyclothymiques

D'autre part, le professeur Claude n'a pas manqué d'attirer à plusieurs reprises l'attention sur les éléments d'intermittence survenant au cours de ces états schizomaniaques (3). Cette notion nous permet d'isoler un groupe, comprenant surtout des rêveurs, où le facteur cyclothymique apparaît prépondérant.

Simples

Enfin, il semble qu'en dehors de toute périodicité, de toute rêverie et de toute bouderie, il existe des cas cliniques relevant néanmoins de la schizomanie.

1. M. Cénac, *De certains langages créés par des aliénés. Les glossolalies.* Thèse de Paris, 1925.

2. Claude et Montassut, *la Compensation idéo-affective* (*Encéphale*, oct. 1925).

3. Claude, *Hystérie et schizoïdie* (*La pratique médicale française*, oct 1924).

Démence précoce et schizophrénie (*Paris médical*, 17 oct. 1925).

Ces cas sont plus purs, s'offrant en quelque sorte à l'état nu, et rendant sensible par leur simplicité même, l'élément essentiel et *sine qua non* de ces états, c'est-à-dire la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique, la prépondérance de la pensée autistique sur la pensée réaliste.

Alors que, jusqu'à présent, nous avons vu la pensée autistique tantôt enrichie par une rêverie imaginaire, tantôt chargée d'un lourd potentiel affectif qui mène à la bouderie, tantôt enfin appauvrie ou exaltée suivant la phase cyclothymique, nous nous promettons d'établir, grâce à des observations démonstratives, l'existence clinique d'une schizomanie simple, à l'autisme réduit.

OBSERVATIONS

Iº FORME SIMPLE

Les deux observations que nous publions ci-après, semblent établir d'une façon démonstrative l'existence clinique d'une schizomanie simple, telle que nous venons de la définir.

Contrairement aux rêveurs et aux boudeurs, chez les schizomanes simples, la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique est réalisée sans créations imaginaires, et la rigidité affective existe en dehors d'un état nettement défini : leur affectivité est fixée,mais dans un état neutre, état aussi éloigné de l'indifférence du dément précoce, que du renoncement forcé du psychasthénique.

Nous analyserons longuement le comportement des sujets observés et discuterons à leur sujet l'hypothèse de plusieurs diagnostics.

Nous montrerons enfin comment nous avons été amenés à rapprocher leur état des formes déjà décrites de schizomanie, tout en les maintenant dans un cadre quelque peu différent, celui de la *schizomanie simple.*

OBSERVATION I

(*Cette observation, recueillie à l'asile clinique de Sainte-Anne, a fait le sujet d'une communication à la Société médico-psychologique*) (1).

Il s'agit d'un architecte de 46 ans, interné depuis l'été 1920, Alcide S...

C'est un homme au visage serein, au regard posé et intelligent. D'une tenue très correcte, il donne avec complaisance les renseignements qu'on lui demande au sujet de sa profession et fournit de judicieux conseils pour divers aménagements du service. Il mène la vie la plus régulière qui se puisse concevoir. Il travaille à des plans très simples et très raisonnables dans un petit réduit qui lui est affecté; on dirait d'un employé modèle et méticuleux.

Aussi en sa présence, ne peut-on se défendre d'un sentiment d'étonnement à la pensée qu'il est interné depuis cinq ans bientôt, et qu'il demande souvent sur un ton suppliant : « Ah ! surtout, ne me faites pas sortir de l'asile : ce serait m'envoyer à la mort. »

Nous comprenons l'indécision, l'hésitation dont font preuve les certificats rédigés à son entrée, certificats basés sur le seul examen « extérieur » du malade. Cet examen conduisait en août 1920 à penser à la possibilité d'une forme hébéphréno-catatonique atténuée.

Or, au cours de plusieurs interrogatoires (difficiles avec

1. H. Claude, G. Robin, P. Rubenovitch, *la Schizomanie simple. S. M.-P.* Séance du 30 novembre 1925.

ce sujet qui se livre peu), Alcide S... nous a fait quelques confidences qui nous le montrent capable d'une auto-analyse très clairvoyante.

Voyons donc de près son histoire :

Aucune hérédité nettement psychopathique. Cependant son père aurait toujours été très émotif et sa mère d'humeur triste et taciturne, serait devenue neurasthénique les derniers temps de son existence (elle est morte il y a deux ans).

Lui-même est né à terme, a été élevé en nourrice. Il a marché tard. Enfant, il se montrait habituellement taciturne. Il avait souvent des terreurs sans objet, des phobies à la suite de lectures. Plus tard, quand il jouait avec des amis, aux cartes notamment, il perdait toujours, parce que, pense-t-il, son esprit avait peine à s'adapter aux phases du jeu. Il redoutait la société nombreuse, mais, étant sous la domination absolue de son père, il n'osait faire aucun effort pour la fuir.

A 18 ans, il s'engage. Il éprouve une certaine peine à s'adapter à la vie militaire.

Libéré, on lui conseille de faire des études d'architecture. N'ayant de goût pour rien en particulier, « il se laissa faire ».

« J'ai aimé le dessin et la géométrie, nous dit-il, du moins j'ai étudié ces matières avec moins d'ennui que le reste. A vrai dire, je n'ai jamais rien fait avec conviction, je n'ai jamais eu aucune foi, je n'ai jamais pu me donner à quoi que ce soit. »

Au cours de ses études, ses parents divorcèrent. Dès lors, nous dit un de ses amis, il fut plus taciturne que jamais.

« Ce fut en effet un coup très dur pour moi : je n'ai jamais pu admettre le divorce, non par conviction religieuse (j'ai

pratiqué comme tout le monde, sans avoir jamais été très croyant), mais cela heurtait profondément ma représentation des choses, mes idées sur la société, mes principes sur la famille. En outre, je crois que j'ai été très affecté par la séparation de mes parents. Celle-ci pourtant n'a pas été brutale puisque dans la suite, mon père rencontrait ma mère chez moi. »

C'est avec beaucoup de désinvolture qu'il bâcle ensuite la fin de ses études. A... pense que le divorce de ses parents lui avait enlevé le goût des occupations sérieuses.

Il fait alors la connaissance d'une jeune fille avec laquelle il désire se marier.

« C'eût été pour moi un bonheur immense, mais j'avais à vaincre la résistance d'une personne de sa famille. *Je renonçai plutôt que de lutter.* J'eus alors une liaison à laquelle je n'attachais aucune importance. Il m'arrivait d'être impuissant mais ça m'était indifférent »

A.. s'installe donc comme architecte, à 27 ans, dans son quartier.

« Je souffrais beaucoup de la contiguïté de la clientèle de mon père : je restais indéfiniment « M. Alcide », l'enfant du quartier. J'aurais voulu devenir quelqu'un, mais là, il n'y avait pas moyen : j'étais « M. Alcide »! Aussi j'aurais voulu changer de domicile, quitter ce quartier, m'établir loin de mon père. On ne me traitait pas positivement en enfant, mais je n'étais pas sorti de chez moi : de là une sensation de gêne, de contrainte, qui me faisait souffrir. »

Quelques années avant la guerre se passent alors dans la vie du malade des événements « très graves », d'après lui, mais sur lesquels il se refuse absolument à donner le moindre

éclaircissement. Sa famille paraît les ignorer. Mais le malade leur attribue en partie son désintérêt de la vie. En effet vers 1912, il sent que « ça ne va plus », il manque de certitude, il a l'impression qu'il n'est plus comme tout le monde.

A la mobilisation, A.. est envoyé comme dessinateur-camoufleur dans un service automobile où il se trouve matérielement très bien. Il pense maintenant qu'il a mal accompli son service, qu'il a dû faire des erreurs, s'imaginant qu'un « camouflage » réussi ou non n'aurait pas grande importance. Cet état d'indifférence vis-à-vis de son service semble augmenter. Vers le milieu de la guerre, il a la sensation d'avoir réalisé une rupture avec le monde extérieur, il lui semble qu'il va devenir fou. En outre, il était préoccupé par l'idée qu'il oubliait le peu qu'il savait : il sentait que, la guerre finie, à 40 ans passés, il serait incapable de reprendre sa profession. C'est pourquoi il se montrait si déprimé à chaque permission. En mai 1918, il ne paraît plus le même aux yeux des siens : il exprime ses inquiétudes, se montre irritable, tour à tour triste et gai, chantant puis menaçant de tout briser. En octobre il revient en permission pour douze jours : il est aussi nerveux, mais il seconde efficacement son père dans un travail urgent.

En somme, jusqu'à présent, la conduite de notre malade est à peu près normale. Rien dans son comportement ne permettait à son entourage de soupçonner le changement profond qui s'opérait en lui. Ses sautes d'humeur pouvaient être attribuées aux fatigues de la vie militaire. Dans tous les cas son activité était en tous points satisfaisante.

C'est alors, en décembre 1920, que survint une étrange aventure qui marque le début des phénomènes objectifs.

A... se trouvait à ce moment dans la ville de L... Laissons-lui la parole :

« Depuis quelque temps déjà, je me disais que je devenais fou : j'avais la sensation en faisant mon service que j'étais à côté. J'étais donc désorienté. Cette affaire de L... a achevé cette désorientation :

« C'était dans la maison où j'étais logé. Une jeune femme qui habitait là et avec qui j'étais sorti quelques jours avant, m'avait donné un rendez-vous. Nos deux chambres étaient contiguës. Elle est venue. Je l'ai renvoyée d'abord parce que je ne voulais plus, je ne sais pas pourquoi. Puis elle est revenue, nous avons passé la nuit ensemble. Mais il y a eu substitution de personne, à moins que la personne avec qui j'étais sorti précédemment ne fût un homme... je ne sais pas d'ailleurs si c'était un homme... j'ai toujours cru que c'était un être anormal, mais sans anomalie dans la figure. Je ne peux la détailler. J'ai passé deux nuits avec « elle ». La première nuit rien ne s'est passé. La deuxième j'ai eu des rapports sexuels. Ils auraient été normaux si la personne avait été normale, mais ce fut, je crois, un coït anal. C'est imprécis, cependant je crois à l'exactitude du fait : j'en ai eu la preuve.

« Je suis sûr que cet être était anormal. Il m'a demandé : « Pourquoi es-tu si triste? si distrait? » Cette forme d'interrogation ne correspondait sûrement pas à ce moment de mon existence. Je cherchais à m'expliquer ces questions, je devais être déjà souffrant. Enfin cet être quitta ma chambre. J'avais d'abord pensé que j'avais eu affaire à une femme qui avait un bassin vicieux.

« Deux ou trois heures après, je suis sorti de ma chambre.

j'ai fait le tour de la ville sans savoir ce que j'allais devenir J'étais triste parce que je sentais qu'il s'était passé quelque chose de très important. Je ressentais aussi une impression d'influence étrangère à la façon bizarre dont les personnes rencontrées me regardaient, me renseignaient, et je m'en allais, triste, avec des idées de suicide. Ces idées de suicide ne pouvaient venir que de moi étant donnée la gravité du cas, mais j'avais le sentiment que les gens que je rencontrais étaient là pour moi, et savaient que j'allais passer là. »

C'est dans ces conditions que, quittant brusquement L... et arrivant chez lui à Paris, sans permission, A... réalise une fugue pathologique. Sa mère le trouve tout changé; il est à la fois triste et surexcité, disant qu'il venait de faire quelque chose de formidable, qu'il allait passer en conseil de guerre. Il reste douze heures et sur le conseil de sa mère, il retourne à L... Il en revient huit jours après avec un bulletin d'hôpital. A P... où il est interné, il manifeste une tendance nette au refus d'aliments : *on était obligé de le menacer de la sortie pour l'obliger à manger.*

Enfin, paraissant amélioré, A... rentre chez lui et se remet au travail. En juin 1920, il ne dort plus, mange de moins en moins et fuit sa mère, lui disant qu'il est lépreux et qu'il ne veut pas lui transmettre sa maladie. C'est alors qu'étant sorti et passant par hasard près du lac Daumesnil, l'idée lui vint de s'y jeter. Il avoue que depuis plusieurs jours il songeait à quitter la vie. A la suite de cet incident il fut de nouveau interné dans l'asile où nous l'avons vu.

A son entrée, il se présentait humblement, parlant à voix basse, étouffée. Il paraissait réticent et l'interrogatoire était des plus difficiles.

Le professeur Dupré rédige en ces termes le certificat de situation, le 18 novembre 1920 :

« Est atteint de dépression psychique avec inertie, apathie, découragement, état de doute et d'indécision, idées délirantes vagues d'influence et d'auto-dépréciation avec tendance à l'auto-accusation. Le malade se reproche une certaine aventure survenue à L... (cohabitation épisodique, une nuit ou deux avec un être dont il ne peut déterminer le sexe). Réponses imprécises, lentes. Le malade se déclare incapable de gagner sa vie, de gérer ses biens. Il se refuse à envisager l'avenir, prétend ne pouvoir indiquer comment il arrivera à suffire à ses besoins à la sortie de l'asile. »

En septembre 1924, il avoue qu'il pense sans cesse à l'histoire de L... qui est pour lui un point de repère : « Je ne m'occupe pas du tout du sexe de cette personne, ce qui me préoccupe c'est qu'elle m'ait trouvé distrait et qu'elle m'ait dit avoir frappé trois fois à ma porte. Cela ne m'intéresse plus comme fait spécial, j'ai cherché une explication, je pense que certains mots ont un sens caché et symbolique qu'il me faut trouver. »

A l'asile, A.. se lève régulièrement chaque matin, ne parle à personne et passe sa journée à la bibliothèque, où il étudie la géométrie. Il recopie soigneusement en les calligraphiant des livres de science et reproduit servilement les figures. Il paraît heureux de n'avoir de contact qu'avec des malades, « des aliénés qui ne s'occupent pas de vous, chacun vivant avec son monde. »

Depuis quelque temps il refuse de voir certains amis qui lui rendaient visite. « Ils ne me fatiguent pas, ils sont gentils pour moi, mais ils ne méritent pas à mes yeux l'*effort que je*

dois faire pour me mettre en contact avec eux. La seule personne que j'admette est mon père. »

Nous lui demandons pourquoi il étudie constamment la géométrie, s'il s'ennuie.

« Je n'ai jamais connu l'ennui, répond-il, le temps ne m'a jamais paru trop long. »

— Pensez-vous que cela vous servira?

— Oh non! Je n'exercerai plus jamais ma profession.

— Alors, pourquoi étudier?

— Pour meubler mon esprit, si vous voulez...

« Dehors, peut-être pourrais-je vivre dans une campagne isolée, à condition de voir très peu de personnes, et que je puisse peu à peu m'adapter à elles, à condition aussi d'avoir à faire face pour assurer mon existence au minimum d'obligations.

« Mais à Paris! Je serais mort au bout de quelques heures; quand je suis rentré chez moi, j'ai travaillé quelques semaines mais il n'y avait plus moyen, je ne comprenais plus ce qui m'entourait, tout dansait devant mes yeux, les objets, les gens passaient comme dans un rêve sans que je pusse établir de contact avec eux. Je verrais une auto comme celle qui passe dans la cour, je comprendrais d'abord ce que c'est, puis il y en aurait d'autres qui passeraient et repasseraient, sauteraient et danseraient devant moi, je ne reconnaîtrais plus rien, je me verrais entouré d objets et de gens incompréhensibles s'agitant en tous sens : je serais perdu. *La réalité pour moi serait une hallucination.* »

« Pour moi, ma maladie réside dans ce fait que je suis incapable d établir un contact durable, permanent, normal avec le monde extérieur. Je suis à côté de la vie. Ce qui m'en-

toure ne parvient pas à me pénétrer, à me toucher. Cependant je n'ai pas de délire, je n'ai pas d'hallucinations, je ne me retire pas du monde par sagesse, par système philosophique. On me croit philosophe, quelle erreur ! Simplement, *je pense par abstractions, pour me débarrasser des choses.* C'est très commode.

« Je suis arrivé au point où vous me voyez à force de me détacher de choses qui m'apparaissaient impossibles à réaliser, parce que je m'adaptais beaucoup trop lentement aux faits et aux événements. J'admets que pour un homme d'action la difficulté à les conquérir eût paru moindre, mais j'ai toujours été le contraire d'un homme d'action. Et cependant, j'ai su faire preuve de volonté, ne fût-ce que pour m'abstraire de la réalité qui me heurtait. »

* * *

Qu'est-ce qu'un tel état? Faut-il envisager la possibilité d'une mélancolie à laquelle des « idées délirantes vagues d'auto-dépréciation avec tendances à l'auto-accusation », et sa tentative de suicide, pouvaient légitimement faire penser? Nous ne le croyons pas. On ne retrouve pas chez ce malade cet état cénesthésique pénible que les mélancoliques décrivent si facilement. Et surtout, il n'y a chez lui aucun état de tristesse habituelle, aucun regret pour le passé ni inquiétude pour l'avenir.

Rien dans son attitude ne trahit l'humilité, la résignation ou le désespoir. Au contraire, A... est plutôt distant, sans être orgueilleux du reste. Avant tout, c'est la fami-

liarité qu'il veut éviter. Sa maladie, A... le précise lui-même avec netteté, réside entièrement dans ce fait que le monde extérieur ne le sollicite plus.

S'agira-t-il donc d'un psychasthénique? Certes, tout enfant, A... était sujet à des obsessions sous forme de phobies survenant à la suite de lectures. Mais tout le reste de sa vie ne montre-t-il pas un comportement particulier, bien différent de celui du psychasthénique? Le psychasthénique lutte contre l'envahissement d'une idée parasitaire qui l'arrache à l'activité, et cette lutte se traduit par un état de souffrance, d'anxiété que nous ne retrouvons pas chez A... Cet intellectuel qui paraît manifester du goût pour l'abstraction, s'il était psychasthénique, ne le verrions-nous pas aux prises avec des théories opposées, cherchant sans jamais pouvoir l'atteindre, la croyance, le critérium moral, la théorie philosophique qui le puisse tirer de l'etat de doute où il se verrait douloureusement enlisé? Ici rien de tout cela.

Tous les chocs affectifs qu'il a subis, ont paru détacher notre malade de la réalité, progressivement, sans provoquer de souffrance. Ils n'ont fait qu'accentuer la direction générale de son être affectif. Le psychasthénique éprouve le besoin d'être dirigé. A... paraît avoir subi sans satisfaction la tutelle, pourtant douce, de son père. Les malades de Janet, malgré tous leurs efforts, ne peuvent pas s'adapter à l'ambiance, notre sujet ne le veut à aucun prix. Il n'empêche que le caractère *volontaire* de cet état marque peut-être à la base une impuissance foncière à prendre contact avec le monde extérieur, impuissance tantôt constitutionnelle, tantôt consécutive

à un choc affectif plus ou moins éloigné, pouvant remonter à l'enfance.

La chose essentielle — et qui ne songe comme nous à discuter l'hypothèse d'une démence précoce hébéphréno-catatonique ? — c'est que notre malade n'a subi aucun déficit intellectuel. Interrogé en juin 1924,A... est lucide, conscient de sa situation. L'attention volontaire et spontanée sont absolument normales, la mémoire est parfaitement conservée. L'association des idées se fait avec logique. Il en est également de même pour les jugements portés sur les personnes et les choses. La lenteur de l'idéation notée il y a quelques mois, paraît avoir disparu. Il nous a semblé que non seulement ce malade ne présente pas d'affaiblissement intellectuel, mais qu'il peut donner des preuves d'une activité mentale efficace. D'ailleurs, ne se livre-t-il pas à des occupations qui témoignent d'une parfaite intégrité intellectuelle? Jamais nous n'avons observé d'une manière habituelle d'attitudes singulières ou de phénomènes cataleptiques. Aucune excitation avec ce bavardage, cette pseudo-manie, ces mouvements stéréotypés, ces rires inconsidérés, ces grimaces, ces idées délirantes vagues qui caractérisent la démence précoce (hébéphréno-catatonie).Les idées d'influence passagères et la fugue pathologique n'ont été qu'un épisode greffé sur un état déjà ancien, se déroulant à bas bruit. Il est permis de penser que jamais nous n'aurons l'occasion de constater les signes de discordance ou de dislocation intellectuelle qui marquent toujours un jour ou l'autre l'évolution de l'hébéphréno-catatonie classique. D'autre part, au sujet

de son apparence d'indifférence, d'inertie, d'apathie présentée à l'entrée, le malade nous avoue lui-même qu'il se montrait volontairement désagréable, afin d'écarter tout commerce avec l'ambiance (Léger élément de bouderie). Nous ne nous dissimulons pas qu'il soit très difficile de convaincre les auteurs qui ne voudraient voir dans ce cas qu'une démence précoce atténuée, à marche lente. Et cependant, l'absence d'indifférence vraie, d'aucun signe de discordance intellectuelle si minime soit-elle, d'évolution démentielle malgré la longue durée de l'internement, l'absence enfin de cette inexcitabilité vago-sympathique qui caractérise la démence précoce hébéphréno-catatonique (1) marque dans la série des symptômes négatifs, une sérieuse différence avec la démence précoce vraie.

Voyons de plus près les signes positifs qui nous serviront à découvrir chez notre malade une constitution spéciale. Tout jeune, il se souvient que jouant aux cartes, son esprit avait peine à s'adapter aux phases rapides du jeu. Il continuait cependant à jouer pour rester avec ses amis, mais sans cesser de perdre. Ne peut-on imaginer que si la partie avait dû se prolonger il serait venu un moment où, la fatigue rendant soudain impossible cet effort continu d'adaptation, non seulement A... aurait continué à perdre, mais encore serait devenu incapable de tenir correctement sa place, et brusquement, dans un désir de détente, aurait laissé tomber les cartes de ses mains? Toute sa vie n'évoque-t-elle

1. Santenoise, *Essai de diagnostic biologique des états d'excitation et de dépression* (*Journal médical français*, mai 1924).

pas l'image d'un joueur qui ne manie ses cartes que contraint et forcé, l'esprit ailleurs? Mais de cette incapacité à tenir sa place dans la vie, il ne souffre pas. C'est par préférence qu'il s'est réfugié dans la vie intérieure. Il n'a aucun regret d'avoir interrompu la partie (une partie qui ne l'intéressait pas) et ne redoute qu'une chose : c'est d'être condamné à la reprendre.

Interné une première fois, il s'améliore, s'adaptant aisément à la vie végétative de l'asile. Il sort et il suffit qu'il se retrouve face à face avec la vie réelle pour qu'au bout de quelques semaines, sans accident intercurrent, il se retrouve à nouveau désorienté. Et c'est alors la tentative de suicide. Comment l'interpréter? Est-ce pour échapper à une douleur morale, comme le mélancolique qui fuit son chagrin, comme le psychasthénique désespéré de ne pouvoir appréhender un univers qui se dérobe éternellement? Non pas : tout l'être affectif de notre malade se détache de cette vie active, de cette nécessité d'adaptation incessante et quotidienne. La rupture avec l'ambiance est telle, qu'elle lui devient incompréhensible. Mais s'abstraire entièrement de ce qui vous entoure, est incompatible avec les nécessités qu'impose la vie sociale. Il faut coûte que coûte résoudre cette contradiction. C'est alors, au hasard d'une sortie, la vue du lac Daumesnil qui suggère au malade une solution possible : la mort. Il est un incident qui prouve combien le mobile de ce suicide était éloigné de ceux qui poussent des mélancoliques ou des psychasthéniques à rechercher la même issue : Interné à Saint-M..., comme il s'alimente difficilement, il suffit de le menacer de la sortie pour

le décider à manger. Il consent à vivre, à condition de pouvoir rester « à côté de la vie », de ne plus être remis au sein d'un monde « qui lui apparaît comme une hallucination ». A l'asile, l'effort d'adaptation est réduit au minimum. Il peut vivre en « pensant par abstraction (1) pour se débarrasser des choses ».

En somme, nous trouvons d'une part une activité intellectuelle intacte, d'autre part, une activité pragmatique profondément troublée. C'est à la suite d'une lente évolution que la discordance entre ces deux modes d'activité s'est révélée; l'auto-analyse du malade montre bien que depuis l'enfance le désaccord se manifestait par la tension qu'exigeait pour lui le contact avec la réalité : A... a toujours présenté une constitution schizoïde. Les heurts successifs de l'existence n'ont fait qu'exagérer une tendance innée et ouvrir la voie à des manifestations pathologiques qui, malgré leur apparence d'accidents primitifs, n'apparaissent plus que comme phénomènes secondaires.

Qu'est-ce en effet que cette aventure de L... qui semble avoir marqué le début de l'ère pathologique pour notre malade? Le récit qu'il nous en fait, n'est-il pas la réminiscence d'une crise d'exaltation confusionnelle survenue à un moment où (comme il l'indique lui-même) existait déjà une rupture importante entre son affectivité et la réalité extérieure? Il se peut qu'il ne se soit rien

1. Certains rapprochements à ce sujet sont permis entre ce malade et un sujet observé par Laignel-Lavastine : insuffisance de l'auto-conduction chez un hébéphréno-catatonique, désintérêt du réel (type schizophrénique) S. C. M. H., février 1922.

passé d'étrange dans cette chambre de L... et que tout le drame se soit uniquement joué dans le psychisme de A... Soustrait à l'ambiance, mais peut-être pas complétement, par à-coups en quelque sorte, celle-ci lui devenait bizarre, impossible à interpréter, tel un film de cinéma qui serait projeté sans sous-titres et avec des coupures importantes.

Il se peut que l'existence d'un complexe affectif ait accentué l'évolution de ce schizoïde vers la schizomanie. Une psycho-analyse nous révélerait peut-être quelque complexe freudien d'origine familiale (en relation par exemple avec le divorce de ses parents, avec la base sexuelle de son délire de L...). Mais la psycho-analyse est impossible à tenter avec un tel malade, fixé depuis longtemps dans son état, et qui, de plus, ne veut pas guérir.

En somme, sans reprendre en détail les formules de notre malade pourtant si expressives, on voit qu'elles traduisent toutes le même désir de vivre d'une vie monotone et régulière, à l'abri des hommes et des vicissitudes de l'existence. Notre architecte construit dans l'espace, non qu'il élabore des édifices irréalisables, ses plans sont corrects et pourraient donner lieu à d'intéressantes réalisations. Mais il lui suffit de concevoir. Réaliser? A quoi bon? Il a rompu les ponts avec l'ambiance. C'est un schizomane.

Nous l'avons déjà dit. Nul orgueil, nul dédain dans son attitude. S'il est distant c'est pour éviter la familiarité, mais il est au fond un modeste. C'est un schizomane simple. Il ne doute pas de tout. Il n'a pas sur la certitude

et la vérité des doctrines philosophiques qui en feraient un sceptique... ou un sage.

Aucune destinée ne pèse sur lui. Loin d'être un résigné, il a choisi son sort. L'inquiétude qu'il témoigne à la seule idée d'une sortie, loin des murs de l'asile, prouve qu'il n'a pas non plus une sérénité à toute épreuve.

Il n'est pas déprimé à moins qu'on ne veuille faire courir cette dépression sur toute la longueur de sa vie. Il fait normalement le peu qu'il fait. Un déprimé n'accomplit qu'avec lassitude la plus simple besogne.

Il n'a aucun sujet de tristesse. Il n'a pas de joies, il n'a aucune peine. Il n'est pas non plus névrosé. Il ne s'ennuie pas, il mène la vie de son choix. Il se dit incapable de s'ennuyer. Du reste, il n'est jamais inactif. Même à un degré très atténué, il n'a pas non plus cet ennui vague, sans cause qu'on appelle le spleen. Loin d'éprouver le *taedium vitae* qui est la caractéristique du spleen, il aime sa vie, celle-là et pas une autre.

Il ne vous dira pas non plus qu'il est heureux. Il vous dira seulement qu'il vit, et chacun de ses propos, chacun de ses actes ne vous paraîtra pas anormal *en soi*, mais par rapport à nous-mêmes, à notre activité, à l'époque où nous vivons.

Tel est le schizomane simple et l'existence clinique de ce type permet de saisir à l'état pur la tendance schizomaniaque sans élément surajouté. Alors que chez certains « rêveurs éveillés, » les désordres imaginatifs sont si importants qu'ils remplissent le tableau clinique la notion de schizomanie simple les réduit à leur vrai rôle : celui de symptômes secondaires; de même pour

la bouderie et la cyclothymie. Cette forme clinique a le mérite d'empêcher de juger les choses *du dehors* et d'accorder une valeur injustifiée à des symptômes d'ordre réactionnel qui ne sont à tout prendre, selon l'expression de Maeder (1), que des moyens dont se sert la défense psychique, au même titre que la fuite, la honte, le dégoût, l'insensibilité, l'attitude de désintérêt, le masque de froideur, etc... Le schizomane simple ne fait appel à aucun mécanisme de « compensation » (2).

De même qu'on trouve toujours, dans les formes hébéphréniques, catatoniques ou paranoïaques de la démence précoce, les signes primaires sous-jacents de la forme simple, de même la rêverie, la bouderie, les paroxysmes intermittents, présupposent le trait psychologique essentiel avec quoi se confond la schizomanie simple : à savoir la tendance à se libérer du monde extérieur pour vivre d'une vie intérieure désintéressée, c'est-à-dire sans mobile d'ordre pratique, la préférence avouée, reconnue, pour un mode de pensée intime et volontaire, sans prise de contact direct avec l'ambiance. La schizomanie simple devient ainsi la toile de fond indispensable et, que le rêveur l'enrichisse de broderies ou que le boudeur rageusement la déchire, le symptôme cardinal existe à la base. Autrement dit, pour nous servir d'une autre image, si l'on veut parler pour ces sujets de vie

1. Maeder, *Régulation psychique et guérison* (*Archives suisses de neurologie et de psychiâtrie*, vol. XVI, fasc. 2, 1925).

2. Claude et Montassut, *la Compensation idéo-affective* (*Encéphale*, sept.-oct. 1925).

claustrale, c'est toujours une cellule qu'ils habitent. Mais le rêveur ornera de fresques les murs de la sienne, le boudeur fermera violemment sa porte au nez des importuns, le schizomane simple se contentera d'une cellule aux murailles nues, sans ornements. Cependant, il recevra ses voisins avec politesse, et quelquefois avec amabilité, mais sans nouer de relations à proprement parler.

Nous reviendrons plus loin sur certains points de cette observation, après avoir mis en lumière, par l'observation suivante, quelques traits importants du comportement schizomaniaque.

OBSERVATION II

(Recueillie à l'asile clinique de Sainte-Anne.)

Marie L..., 53 ans, est internée depuis un an et demi. D'origine modeste, on ne note chez elle aucune tare héréditaire.

En avril 1924, elle a fait l'objet d'un placement d'office à la suite de plaintes portées par ses voisins, incommodés par l'odeur de putréfaction qui émanait de sa chambre. Elle passe à l'infirmerie spéciale du dépôt où le Dr Heuyer fait le certificat suivant :

« Idées délirantes de persécution. Interprétations morbides. On guette ce qu'elle fait : on la vole et on essaie de la faire passer pour une voleuse. Automatisme mental hallucinatoire. Injures : « Saleté, pourriture... » Pas de prise de la pensée. Vieille fille zoophile. Vit entourée d'animaux (oiseaux, tortues, chiens). Désordre des actes. Claustration avec le cadavre de son chien qu'elle gardait déposé sur un

canapé. Plaintes des voisins à cause de l'odeur de putréfaction. Aurait eu, il y a vingt ans une aventure sexuelle : viol suivi de grossesse, puis d'une fausse couche de trois mois (?) Le déséquilibre psychique paraît dater de cette époque. Indifférence aux événements (guerre). Orientation imparfaite. »

Marie L... entre quelques jours après au service de la clinique où le Dr Borel rédige le certificat suivant :

« Idées délirantes de persécution fondées sur des phénomènes d'automatisme mental et des interprétations morbides, systématisation incomplète. Indifférence à son sort. Résignation. Troubles de la conduite. Claustration. ».

A son entrée dans le service,la malade, de tenue correcte, est calme. Un regard un peu vague, un sourire figé, animent à peine un visage inexpressif. Silencieuse quand on ne l'interroge pas, la malade répond sans difficulté, lentement, et semble n'attacher aucune importance aux réponses qu'elle fait. Elle déclare être venue ici parce qu'elle est malade : elle sait en effet qu'elle est à l'hôpital. Elle doit avoir une inflammation de l'intestin... elle doit avoir de la fièvre... peut-être bien va-t-elle insuffisamment à la selle... C'est pourquoi sans doute, la préfecture a jugé bon de l'envoyer se soigner.

Marie L... est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Ses souvenirs sont facilement évoqués, et elle nous raconte, sans trop se faire prier, son histoire :

Elle a eu une enfance normale, a appris à lire et à écrire, mais n'a jamais eu aucune ambition, son idéal paraissant être de mener « une petite vie tranquille ». A 22 ans, elle eut un amant: le médecin qui la soignait.Voici comment : ce dernier, un jour, après l'avoir auscultée (elle avait eu une petite

bronchite) lui demanda de devenir sa maîtresse. Elle accepta, pour ne pas refuser, pour lui faire plaisir peut-être, « comme ça », dit-elle, mais sans éprouver pour lui le moindre sentiment, ni le moindre attrait sexuel. Elle n'éprouva du reste jamais aucune jouissance de cette sorte. Un jour, elle le quitta, sans raison, sans regret... « comme ça... ».

Quelque temps après, elle se plaça comme cuisinière. Un beau jour, un garçon boucher, qui était venu dans sa cuisine pour livrer la viande, la prit et, sans rien dire, la viola. Sur le moment, elle n'eut pas l'idée de résister. Mais après, elle protesta violemment, car elle estima qu'il y avait lieu d'être choquée par ce procédé un peu cavalier. Elle n'eut qu'un seul rapport avec cet homme. Ce rapport fut suivi d'une grossesse et d'un avortement (trois mois) à la suite d'une chute (?) Cet événement, dit-elle, avec son éternel sourire, la priva de sa place. Elle ne trouva pas à se marier, malgré une ébauche d'idylle avec un garde républicain qui lui paraissait très convenable. Elle ne regrette rien, sa vie s'est faite ainsi; elle a vécu seule, c'est bien...

Depuis vingt ans, elle vivait donc seule à Saint-Mandé, en faisant des ménages. Elle croit que ses patrons lui rognaient sur ses heures, ça ne lui plaisait pas beaucoup, mais elle ne se plaignait jamais. Elle ne fréquentait personne, pas même ses parents, qui devaient, pense-t-elle, faire des « suppositions » sur son compte, sur sa conduite.

Auparavant, elle avait travaillé dans la confection, à domicile, et gagnait 2 francs par jour.

Depuis plusieurs années, sa seule compagnie était une petite chienne. Ses voisins lui faisaient des misères et insultaient sa chienne. « Ils étaient insupportables depuis quelque

temps. » C'étaient des reproches continuels : « Elle avait l'air de ne pas savoir travailler... elle aurait mieux fait de laisser sa chienne dans la rue... » Celle-ci mourut il y a quelque temps. Pendant un mois le petit cadavre resta sur son lit. « Mais ça ne sentait pas mauvais... ça sentait plutôt bon.. comme du parfum, parce qu'ayant eu un gros rhume, la petite bête avait absorbé du sirop de tolu quelque temps avant sa mort... » D'ailleurs, il n'est pas sûr qu'elle soit morte ; elle continuait à avoir des mouvements, mais c'est peut-être les gaz qui s'en échappaient, qui semblaient la faire remuer ».

Ne voulant plus payer les contributions pour sa chienne, elle était allé déclarer sa mort. Elle a peut-être eu tort... Elle pense qu'elle doit rentrer chez elle, car on doit faire des misères à sa chienne. Si cela est, elle le saura, car celle-ci a l'habitude de lui faire part en aboyant des événements qui surviennent au logis en son absence. Certains de ses voisins faisaient des cancans sur son compte et l'insultaient. On l'appelait : « mère à chiens, saloperie, pourriture... » quand elle passait dans l'escalier ou descendait dans la cour. Quand elle montait chez elle, elle s'entendait traiter de « saleté » par sa propriétaire. Dans sa chambre, elle entendait les mêmes injures par la fenêtre, à travers les murs. C'étaient des gens très renseignés sur sa vie. Ils devinaient des choses qu'elle était presque seule à connaitre. Elle ne comprenait pas toujours tout. Quand elle comprenait, elle répondait avec colère. Tout vient de ce qu'elle est mal avec la concierge : on veut lui faire quitter la maison. « Tout s'anime aussi par l'animosité du propriétaire, qui l'aurait frappée... On ne peut pas s'entendre avec ce monde-là !... »

Enfermée dans sa chambre, les fenêtres closes, elle n'entendait rien. Elle se sentait épiée, suivie, filée.

Elle a toujours cherché le vrai coupable de ses misères, qui devait être de son entourage. C'est un « fils public » qui est à la tête de tout cela. Il descend d'un de ses oncles. Il est fonctionnaire, il a une haute situation : « il est perruquier du gouvernement ». Il désirait coucher avec elle. Mais elle ne l'a jamais connu que par « physionomie ». Il est si méchant qu'elle peut affirmer de lui qu'il est très vieux et... concierge.

* * *

En présence d'un tel tableau, une certaine hésitation était légitime pour qui aurait voulu le ranger dans l'un des cadres de la nosologie classique.

Un diagnostic facile à écarter, mais qu'il est nécessaire de discuter à cause des termes employés dans le premier certificat, est celui de *mélancolie*. On aurait pu en effet se demander si cette « vieille fille zoophile » n'avait pas été internée au cours d'un accès mélancolique qui se serait manifesté par cette « claustration » volontaire.

Mais cette malade n'a jamais été triste. Elle n'offre pas le visage contracté, l'inertie motrice qui traduisent objectivement la concentration d'esprit des mélancoliques. Elle signale au contraire avec un sourire les ennuis qu'elle aurait subis. Elle les constate d'un ton calme. Elle n'a pas l'air d'en avoir souffert. A-t-elle été très frappée par la mort de son chien, auquel elle semblait très attachée? L'évocation de cet événement ne

provoque en tous cas aucune réaction émotionnelle. Elle dit qu'elle le croit vivant, mais il semble bien qu'elle le sache mort au fond (comme le prouverait sa déclaration pour éviter de payer les contributions). Elle semble en définitive, jouer comme une enfant qui prête vie à ses poupées et s'attendrit sur leurs malheurs supposés, tout en sachant bien que « ce n'est pas vrai ». Elle paraît, en parlant de son chien, poursuivre une vague rêverie intérieure. Peut-être poursuit-elle mentalement le dialogue qu'elle avait entamé avec lui avant sa mort, lorsque celui-ci lui faisait part de ses réflexions en aboyant?

D'autre part, nous sommes-là en présence d'un état chronique. Cette notion nous permet d'écarter aussi le diagnostic de *psychose interprétative*. Dans cet état qui dure depuis plus de vingt ans, on ne peut déceler aucun système. Les idées de persécution qu'elle semblait présenter lors de son entrée, sont absolument abandonnées à l'heure actuelle. D'ailleurs, elles étaient très vagues et basées vraisemblablement sur des faits réels provoqués par son genre de vie. Ces idées nous apparaissent plutôt comme un vague essai de justification (vis-à-vis d'elle-même) d'une conduite qu'elle comprend être anormale. « Il n'est pas possible de s'accorder avec ce monde-là » tel est le *leit-motiv* de ses explications, mais au fond elle ne reproche rien de précis à personne, et cette constatation nous apparaît comme une concession faite au monde extérieur. Elle n'a d'ailleurs pas été internée pour ses idées de persécution, mais uniquement parce que le cadavre de son chien répandait une odeur qui incommodait les voisins.

Pourra-t-on parler de *dégénérescence mentale* à propos de cette femme plutôt intelligente, qui n'a subi aucun déficit intellectuel? Aurait-on affaire à une déséquilibrée? Où sont alors les réactions étranges, les impulsions irraisonnées, l'instabilité qui justifient une pareille hypothèse?

Marie L..., au contraire, a mené une vie calme, très régulière, quasi exemplaire. Elle a bien eu au début de son existence une aventure,mais combien banale ! et l'on ne trouve chez elle aucune trace de perversion morale.

En fin de compte que reste-t-il? *Un détachement absolu du monde extérieur.* Cet état d'indifférence apparente ne nous permet pourtant pas d'envisager la possibilité d'une démence précoce. Dans le cas d'une *démence précoce* évoluant depuis une vingtaine d'années, n'assisterions-nous pas au spectacle d'une désagrégation psychique avancée? Or, il n'en est rien. Cette malade en somme, ne demande qu'une chose : qu'on la laisse en paix. Lorsqu'on l'interroge, elle parle pour « dire quelque chose ». De là cette apparence d'indifférence totale à ce qui l'entoure. Elle ne se plaint de rien, et se trouve très bien à l'asile, où elle accomplit correctement les menues besognes qu'on lui confie.

Si l'on jette un regard d'ensemble sur la vie de Marie L..., on constate qu'elle présente une unité remarquable. Elle s'est écoulée entièrement *à côté* des agitations et des préoccupations communes. Interrogée sur la guerre, cette femme en ignore presque l'existence. Elle sait à quelle date elle a commencé, mais ne peut pas dire contre

qui elle a été faite, comment, ni quand elle s'est terminée. Et cela non pas par manque de mémoire ou de compréhension, mais par désintérêt total d'événements qui lui paraissent complètement étrangers. La « femme au chien » menait une vie restreinte au possible, limitant son activité pragmatique à l'entretien de quelques animaux qu'elle élevait avec soin, sans toutefois paraître leur témoigner une de ces véritables passions dont certaines vieilles filles « zoophiles » nous offrent le curieux spectacle.

Cette vie, en somme, est un véritable automatisme qui a fini par détacher Marie L... de la réalité.

La « femme au chien » est une schizomane.

Il ne nous a pas été possible de faire une enquête précise permettant d'établir avec certitude l'existence chez elle d'une constitution schizoïde remontant à l'enfance. Cependant, son comportement vis-à-vis des incidents qui marquèrent sa jeunesse, semble bien porter le cachet de la schizoïdie. Cette liaison avec son médecin, liaison qu'elle noue, puis qu'elle rompt sans trop savoir pourquoi : ce sont là des événements qui ne la touchent pas, qu'elle ne « réalise » pas, sans cependant qu'il n'y ait dans cette absence de réalisation psychologique absolument rien qui soit comparable à ce qu'on observe chez le psychasthénique, puisque cet état ne provoque en elle ni joie, ni douleur.

La façon dont elle réagit au moment de son « viol » est bien symptomatique à cet égard : elle ne ressent en somme aucune colère, aucune indignation, aucun dégoût à se voir ainsi violentée. Elle supplée ensuite, par un

mécanisme intellectuel, par un raisonnement, au mouvement affectif qu'elle ne ressent pas et dont l'absence n'échappe pas à sa conscience. Et c'est « parce qu'il n'est pas convenable d'agir ainsi » qu'elle proteste violemment, et non parce qu'elle est emportée par une indignation que toute femme normale eût éprouvée à sa place.

A cette époque déjà, Marie L... était au seuil de la schizomanie, sa rigidité affective paraissant bien établie.

Par chance, elle a pu mener une vie bien adaptée à son faible goût pour l'activité. Ce dernier trait se manifeste par le choix de ses occupations réduites, par la limitation de ses ambitions, par le désir de vivre « sans histoires » : « Quand on rognait sur ses heures, elle le voyait bien, ça ne lui plaisait guère, mais elle ne disait rien... »

Cependant, malgré le nombre très réduit de points de contact qu'elle offrait avec le milieu ambiant, une telle attitude devait forcément provoquer de petits heurts qui accentuaient la rupture. Et à l'heure actuelle, il semble même qu'on puisse relever chez Marie L..., cette tendance au symbolisme et à l'antithèse si fréquemment notée chez de tels malades.

L'interprétation suivante de certaines expressions bizarres relevées dans son récit, n'est qu'une hypothèse, car il est difficile d'obtenir de la part d'une malade qui répète invariablement : « si vous voulez... peut-être... comme ça... », une réponse nettement affirmative. Cependant cette interprétation n'a provoqué de sa part aucune dénégation et elle permet de donner un sens logique à des termes inexplicables en apparence.

Lorsque Marie L... veut dire que son « persécuteur » est haut placé, qu'il est en quelque sorte à la *tête* du gouvernement, elle en fait le *perruquier* du gouvernement. Mais pour bien exprimer combien l'attitude de ce dernier est malveillante et *basse*, elle le désigne par le nom d'une profession dont la fonction justement consiste à séjourner *en bas*, à vivre au niveau le moins élevé, sinon dans la société, du moins dans les maisons : elle en fait un *concierge...*

Perruquier, *concierge*, sont là comme deux épithètes ayant un sens logique pour la malade. Ces mots n'auraient une apparence d'incohérence que pour nous qui ne sommes pas initiés aux détours de cet esprit en quelque sorte désinséré de notre univers.

En effet, si on la pousse un peu, on n'a aucune peine à lui faire reconnaître qu'elle ignore si son persécuteur est réellement perruquier et concierge. Si l'on insiste, elle répond qu'elle dit cela : « comme ça... » entrevoyant peut-être, plus ou moins obscurément, l'inutilité ou la difficulté d'expliquer l'usage de ces termes.

Marie L... est donc une schizomane. Mais chez elle, la réaction de rêverie compensatrice paraît minime. Elle n'est pas une rêveuse. Elle est une schizomane non imaginative.

Une très légère réaction de bouderie peut être notée, vis-à-vis de sa famille, de ses co-locataires, de sa propriétaire (d'où cette apparence d'idées de persécution). Mais elle apparaît secondairement et d'une façon accessoire.

Et Marie L... ne se plaint jamais de la vie restreinte,

isolée, qu'elle a choisie, et qu'elle continuera de mener, avec satisfaction peut-être, à l'asile où elle sera définitivement à l'abri des chocs de l'existence.

En un mot, la « femme au chien » est une schizomane simple.

Commentaires

Reprenons maintenant dans une étude d'ensemble les deux observations ci-dessus rapportées.

On a pu voir comment nous nous sommes attaché à faire ressortir cette « rupture avec la réalité » qui est leur trait commun. Mais on aura pu remarquer aussi l'aspect très différent présenté par chacun des sujets étudiés. C'est ce côté de la question qui nous arrêtera surtout dans ce chapitre.

Ces deux observations représentent des cas purs, pour ainsi dire, de schizomanie simple, où les facteurs de bouderie et de rêverie sont réduits au minimum.

Alcide et la « Femme au chien » n'ont pas remplacé la vie réelle par une existence fictive. *C'est le monde lui-même qui devient une fiction.* Il leur apparaît un peu comme vu par le gros bout de la lorgnette : les reliefs s'estompent, les rapports normaux avec le milieu s'effacent.

Contrairement aux psychasthéniques qui assistent tragiquement à leur propre naufrage, ceux-ci restent seuls, impassibles, sur une rive déserte.

Alcide est un homme instruit, cultivé même, et capable d'une introspection fructueuse. Voilà pourquoi il

peut donner faussement, l'apparence d'un philosophe ou d'un sage.

N'est-il pas aisé de paraître résigné, patient, serein, lorsqu'on ne prend plaisir à rien, qu'on s'ennuie de tout, qu'on ne « répond au malheur comme au bonheur » que par un éternel : « Qu'est-ce que cela me fait? »

Et lorsqu'on est vertueux sans plaisir ne peut-on pas aussi facilement devenir criminel sans remords?

Volontairement isolé du monde, Alcide ne voit plus que son père, avec lequel il échange quelques banales paroles, les jours de visite réglementaires. Nous avons montré la régularité de sa vie, le travail qu'il accomplit à heures fixes, sans jamais parler, soumis à une discipline qu'il s'est lui-même imposée.

Si c'était là la seule particularité de notre malade, on pourrait dire qu'il y a, par le monde, beaucoup d'individus de son espèce, et qui ne sont pas considérés comme des anormaux. L'analogie, apparemment, serait grande entre l'existence d'Alcide et celle, par exemple, d'un trappiste. On peut d'ailleurs se demander s'il n'existe pas dans certains ordres religieux, de véritables schizomanes. Ils auront trouvé dans la vie monacale le refuge qui les met à l'abri de la réalité, avant que n'éclate un incident comme celui qui motiva l'internement d'Alcide.

Mais, s'il existe de tels sujets, la majorité des religieux possède un sentiment qui les relie d'une façon étroite à une ambiance, différente sans doute de l'ambiance commune, sentiment dont l'existence suffit pour éloigner d'eux la suspicion de schizomanie : nous avons

ici en vue ce sentiment de communion avec la divinité, analogue au sentiment d'harmonie du syntone, et qui leur permet de vibrer en accord avec leurs pairs, ce que l'autisme morbide interdit de façon absolue.

Evidemment, il est permis d'imaginer qu'un frère convers, par exemple, chante *matines* et *laudes* sans éprouver ce sentiment. Dans ce cas, il pourra être difficile d'établir une notable différence entre son fonds mental et celui d'Alcide.

De même en Orient (1), n'existe-t-il pas des milliers d'hommes qui rompent avec la vie réelle? Alcide n'aurait-il pas réalisé sur terre une sorte de « *nirvana* », où il goûterait un repos complet, grâce à cette absence de tous désirs?

Là encore l'erreur peut être grande : la fusion de l'âme individuelle dans la substance divine, voilà en quoi consiste la béatitude inexprimable dont l'idée, même sur terre, illumine la face de Bouddha d'un sourire heureux et énigmatique. L'existence de cette idée, comparable au sentiment de communion avec la divinité, dresse un mur infranchissable entre l'état mental d'Alcide et celui du bouddhiste.

Mais ici encore, que fasse défaut cette idée, et la conception du « *nirvana* » rejoint le procédé qu'Alcide, schizomane simple, emploie « pour se débarrasser des choses en pensant par abstraction ».

1. Ces deux objections ont été faites par MM. Dupain et Trénel, lors de la discussion qui a suivi la présentation d'Alcide à la Société médico-psychologique (séance du 30 nov. 1925). On voit ce qui, à nos yeux, distingue ce cas des exemples de gens normaux évoqués par ces auteurs

Après ces quelques remarques, le contraste entre l'observation I et l'observation II apparaîtra plus grand.

En présence de la « Femme au chien », il ne vient guère à l'esprit d'évoquer des parallèles de cette sorte. C'est que Marie L... est une simple ménagère. Son instruction est sommaire, son éducation quasi inexistante. Elle est incapable de « s'analyser », de donner sur son cas les formules saisissantes d'Alcide. Voilà la seule différence, à tout bien considérer, qu'elle présente avec ce dernier.

Comme chez lui son autisme est réduit. La vie n'est pas « réalisée ». Mais elle a su, dès son jeune âge, organiser une vie automatique dont tous les détails étaient réglés, et qui ne nécessitait de sa part aucun effort d'adaptation.

C'est à cette circonstance qu'elle doit de n'avoir pas connu de choc aigu contre une réalité qui ne pouvait que la blesser. Elle n'a pas eu, comme Alcide, à fournir cette tension contraire à sa nature, puisqu'elle a su, à temps, réduire son activité.

Sa vie rappelle plutôt celle de certains petits employés, de ces « hommes moyens » si bien étudiés par Borel et G. Robin dans « *les Rêveurs éveillés* ». Ces fonctionnaires modèles, d'une exactitude invraisemblable, qui jamais ne manifestent une velléité d'avancement, d'amélioration à leur sort, tout heureux, d'autre part, d'avoir réponse à tout, grâce aux précieux « précédents » qui évitent tout effort intellectuel, et plient leur esprit à l'observance servile des règlements. Cependant leur modestie ou leur insuffisance ne sont quelquefois qu'ap-

parentes, et ils peuvent dans une conversation inattendue, révéler soudain une intelligence supérieure et même un orgueil très grand, enfouis au plus profond d'eux-mêmes. Certains, parmi eux, peuvent être des candidats à la schizomanie. Qu'un événement imprévu survienne qui bouleverse leurs habitudes et les force à un effort d'adaptation intense, et la rupture se fera.

Pour exprimer l'impression que nous laissent ces deux malades qui cherchent à réaliser une vie automatique imposée par l'état neutre où se trouve fixée leur affectivité, nous dirons que tout se passe en eux comme s'ils aimaient la monotonie des actes qu'exige la vie, et comme s'ils cherchaient d'instinct, le bonheur dans l'habitude.

IIe FORME DE TRANSITION

Des cas aussi nets de schizomanie simple que les deux cas précédemment rapportés sont, nous l'avons dit, assez rares.

Il est plus fréquent d'observer des sujets qui, à ce fonds commun ajoutent un facteur de rêverie ou de bouderie plus ou moins accentué. L'autisme se fait plus riche, plus actif. Il est de tels sujets qui ne sont pas encore de véritables rêveurs, mais chez qui l'on trouve une ébauche assez nette de monde imaginaire : les créations autistiques apparaissent comme un dérivatif aux forces affectives repoussées par une réalité décevante. L'autisme s'empare de ces malades qui s'abandonnent à lui comme des hommes s'adonnent à la boisson pour « noyer leur chagrin ». Nous donnons ci-après un exemple d'une de ces formes de transition entre la schizomanie simple et la Psychose de rêverie. L'observation en a éte publiée dans l'*Encéphale*, en janvier 1925 par H. CLAUDE, E. MINKOWSKI et TISON (1)... Nous la résumons brièvement :

1. H. Claude, E. Minkowski et Tison, *Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques* (*Encéphale*, n° 1, 1925).

OBSERVATION III

Il s'agit d'un malade de 35 ans, M. C... hospitalisé le 7 novembre 1923. On relève dans les antécédents de C... quelques traits psychopathiques. Sa mère a un comportement bizarre: occupée par une idée, elle est entièrement absorbée et devient alors réfractaire, pour ainsi dire, à tout nouvel appel venant du dehors, si important soit-il. Un frère de C... est idiot épileptique.

A l'âge de 15 ans, à la suite d'une rougeole grave, C... présente quelques vagues troubles de l'humeur et du caractère.

Mais en dehors de cela, on ne trouve rien de bien anormal chez C... jusqu'à l'âge de 23 ans. Il poursuit avec succès ses études et obtient son doctorat en droit à l'âge de 22 ans. Il entre dans les affaires.

Peu après, un changement important s'opère en lui. Nous assistons au début d'un processus morbide qui ne fait que croître par la suite : il commence à se désintéresser de plus en plus de son travail. Entre temps (1912) il fait la connaissance de Simone P..., femme mariée, qui vit séparée de son mari. Elle devient sa maîtresse. Antérieurement, il avait eu quelques aventures passagères. Vers l'âge de 22 ans, C... avait éprouvé un sentiment plus accusé pour la fille d'un industriel (Mimi B...) et avait songé à la demander en mariage. Cependant, le jour où il se proposait, comme il nous raconte, de lui parler de son amour, elle le quitte brusquement pour aller faire de la photographie. Il abandonne alors pour toujours son projet.

En 1913, son patron lui faisant des remarques sur sa négli-

gence croissante, il envoie « tout promener », il abandonne tout travail régulier. Il s'installe chez sa maîtresse. Instruit et travailleur jusqu'alors, d'une très bonne famille, il devient inactif et mène en compagnie de sa maîtresse, personne aussi bizarre que lui, une vie de plus en plus désœuvrée et originale. « Pourquoi travailler, pour laisser plus tard tout cela à des cochons qui se foutraient de moi? Je n'ai pas de besoins, Simone non plus. Ce que ma mère nous donnait nous suffisait (1.500 à 2.000 fr. par mois). »

Rien ne semble plus l'intéresser, c'est une déchéance de plus en plus grande. Il se lève tard et partage son temps entre l'académie de billard, le cinéma et le music-hall. Placé dans le service auxiliaire pendant la guerre, il remplit sans incident les fonctions d'avocat de la défense au conseil de guerre à Ch... Libéré en 1919, il reprend sa vie d'avant-guerre. Pourtant il reste en contact avec les siens, s'occupe de toutes les démarches pour réclamer les dommages de guerre de sa famille et obtient un très bon résultat. Mais en fait, il ne fait absolument plus rien et finit par vivre avec Simone dans un logement de 75 francs par mois en dehors de la barrière de Paris, au milieu du désordre, entourés de deux ou trois chiens, avec lesquels ils partagent leur chambre. Il rêve de faire construire un petit pavillon démontable. Sa maîtresse elle-même semble très bizarre. Vêtue comme une pauvresse, avec une grande serviette sous le bras, plutôt laide et disgracieuse, on est tout surpris un jour d'apprendre qu'elle avait l'intention de faire de l'opérette et que C... se proposait de la suivre dans ses tournées. Elle parle de C... avec un certain mépris, comme d'un grand bourgeois auquel elle a inculqué des idées plus larges et plus humanitaires,

mais qui n'est pas assez fort pour les appliquer. C'est ainsi qu'il fréquente de temps en temps des maisons de rendez-vous, croyant probablement qu'un bourgeois pouvait tout se permettre avec des ouvrières.

Son horizon se rétrécit de plus en plus. Simone, Pipo et Mascotte (les deux chiens) et le pavillon démontable, voilà au fond les seuls sujets de ses pensées.

Vers 1920, C... commence à désirer un enfant. Lui et Simone se mettent alors sous la protection de sainte Thérèse de Lisieux. Ce désir n'a rien d'anormal, mais la façon dont il se manifeste est pathologique. En présence des circonstances pouvant mettre en doute la prétendue grossesse de Simone, C... n'est guère embarrassé. Il passe outre comme si ces circonstances n'existaient pas. La naissance de la petite Thérèse est une certitude absolue. Même au sujet du sexe, aucun doute n'est possible : ce sera certainement une petite fille du moment qu'il le désire ainsi. Et quand ces grossesses touchent à leur fin et qu'on ne voit rien venir, le même jeu recommence comme si de rien n'était.

C'est dans la façon dont intervient cette idée-désir dans la vie de notre malade, qu'il est permis de voir une ébauche du mécanisme qui, en prenant des proportions plus grandes, mène à ces délires de rêverie ou à des symptômes d'intériorisation : un monde imaginaire, fait avant tout de désirs est constitué. Il s'enchevêtre avec le monde réel, fait irruption dans celui-ci, le remplace enfin et détermine toute l'activité du malade.

Nous trouvons ensuite chez C... la « haine des juifs » Certes, cette idée pouvait avoir jadis des racines plus profondes dans sa vie affective. Mais maintenant, elle est en

désaccord avec sa façon de vivre et avec son activité restreinte. Elle fait que nous ne pouvons considérer C... ni comme un homme méconnu, ni comme un homme désabusé, ayant renoncé en philosophe à la vie ordinaire.

Enfin, vient le parallèle étrange que C... établit entre sa propre personne et Guillaume II. C'est un de ces tours de force dont seule est capable la pensée autiste. En se basant sur de vagues analogies, qui échappent d'habitude entièrement à la pensée réaliste, elle aboutit à des conclusions surprenantes, pour ne pas dire saugrenues.

Il ne saurait être question d'idées délirantes proprement dites. C... n'affirme pas qu'il est Guillaume II. Il ne parle d'ailleurs qu'incidemment de ce parallèle. Cependant il explique la vie « originale » et indépendante qu'il mène par le besoin de réagir contre cette ressemblance malencontreuse.

Quelques autres détails du comportement de C... sont très caractéristiques. C... prétend qu'il ne peut être sûr d'une chose dont il n'a pas été le témoin oculaire. Pour traduire cet état de choses, il fait précéder bien souvent ses phrases par « il paraît que ». C'est au fond une forme particulière de rupture avec la réalité.

Notons enfin encore un détail : en présence de personnes ou de choses qui ne l'intéressent pas, C... a l'habitude de passer mentalement en revue toute une échelle de nuances et de couleurs. Réaction de défense bien singulière. Un schizomane plus imaginatif ferait appel, dans les mêmes conditions à son monde imaginaire : il y chercherait refuge devant les appels incessants de la réalité, appels qu'il voudrait réduire à néant.

C'est sur ce fonds qu'éclatent un jour des troubles aigus.

Sous l'influence de la fatigue et de l'émotion, causées par la mort de son père, tiré ainsi brutalement de sa petite vie restreinte et lui paraissant fixée une fois pour toutes, mis en demeure par sa mère d'abandonner Simone, notre malade perd pied de plus en plus. C... se réfugie dans son autisme et y sombre entièrement. Le voici au seuil de la schizophrénie : le monde imaginaire repousse la réalité inhospitalière et la remplace entièrement. Il cherche tout d'abord le sens du monde comme un animal déséquilibré, puis c'est comme une illumination qui se produit en lui. Il sait où il est, mais tout lui paraît changé, plus beau et plus agréable. Le sens du monde s'est modifié, et lui, marche vers le paradis terrestre et se sent heureux. Tout va en sens inverse et le soleil même se lève à l'occident.

Procédant par antithèses, C... remplace d'une façon globale, le noir par le blanc, les déceptions par le bonheur, l'enfer par le paradis. Des facteurs secondaires viennent garnir cette charpente, dont on retrouve facilement l'origine : « La juiverie a été remise à sa place, les boutiques et les enseignes juives ont disparu aussi bien à Paris qu'à Nogent. » La petite Thérèse est déjà là et il est conduit en triomphe avec elle et Simone dans la propriété où il désirerait vivre. Grâce à lui, la paix va régner... Puis, par opposition, il est aussi l'« Antéchrist et Barberousse... ».

Tel est le cas de C. Nous n'allons pas reprendre à son sujet la discussion des diagnostics possibles : ce serait répéter ce que nous avons dit à la suite des observations I et II.

Nous voudrions cependant attirer l'attention sur un

point : ce malade a l'air de fuir dans la psychose à la suite d'un chagrin (la mort de son père).

Ce besoin de « fuite » dans le cas d'un choc affectif est d'ailleurs, en soi, un phénomène normal. Le cas est banal d'un homme dérivant toute son affectivité vers l'élaboration d'une œuvre pour offrir moins de prise à la souffrance. Et il suffit parfois que cesse le labeur consolant pour voir se rouvrir une ancienne plaie qui paraissait définitivement fermée.

Mais l'homme qui se dérobe ainsi, a le choix entre deux directions possibles, déterminées par sa constitution.

Prenons l'exemple d'un peintre (1), qui, sous le coup d'un choc affectif prend son chevalet et ses pinceaux, et se réfugie dans une forêt solitaire. Il s'absorbe entièrement dans l'œuvre qu'il accomplit, et par là, oublie sa souffrance. Il rompt avec la réalité qui l'a blessé, mais il la remplace par une autre plus large. Il ouvre son être profond comme pour l'aérer. Il en renouvelle et en vivifie l'atmosphère au contact intime de la nature. *Il vibre en harmonie* avec les arbres, le ciel et la terre. Et c'est cet accord qu'il transpose sur sa toile. La vie réelle le retrouvera prêt à affronter de nouveau victorieusement les vicissitudes qu'elle recèle. Ce peintre est un syntone.

1. Nous avons choisi un tel exemple parce qu'un peintre extériorise, en quelque sorte, d'une façon matérielle, facile à saisir, un pareil sentiment. Nous supposons évidemment que, l'artiste donné en exemple est de ceux dont l'œuvre est le reflet exact de leur être intime.

Mais voici un autre peintre. Ce que voient ses yeux ne le sollicite plus. Il s'enferme dans son atelier. Il crée cependant : sur sa toile, les ciels sont irréels, les tons ne rappellent plus ceux qu'une lumière normale révèle à un œil attentif, les lignes n'évoquent plus le contour familier des objets. Souvent un seul et même visage sera sans cesse reproduit, poursuite indéfinie d'un idéal impossible à atteindre, à moins que des jardins ou des palais qui ne sont de « nulle part », ne réalisent la rêverie consolante. C'est un schizoïde.

Après un choc moral, tandis que l'un s'élance vers la vie, comme pour fondre sa douleur dans une ambiance qui le pénètre de toutes parts, l'autre se recroqueville sur lui-même, et tire de son propre fonds les formules qui lui permettent de la neutraliser. C'est ainsi que semble agir M. C.

Alcide (Obs. I) disait : « La vie serait une hallucination, c'est cette idée qui me rend malade. » M. C. répète : « La vie sur terre ne serait qu'un songe, c'est cette idée qui m'a démoli (*sic*) ». Voilà le fonds commun. Mais tandis qu'Alcide n'allait pas plus loin, M. C. ne sait plus où s'arrête son monde imaginaire, et il prend ses désirs pour des réalités. Le mur gris qu'est la vie pour Alcide, s'est orné d'une petite niche de saint naïvement peinte de couleurs tendres. Voilà ce qui différencie ces deux cas. Mais la différence est minime, et l'on est encore loin des somptueux édifices bâtis par l'autisme de certains rêveurs.

D'autre part, M. C. nous offre le curieux spectacle d'un schizomane changeant de milieu, se déclassant, pour

mieux vivre son autisme. On verra plus loin comment nous interprétons ce dernier phénomène. Enfin, il partage son autisme avec une autre personne, également anormale. Ce dernier trait achève de donner son aspect particulier à cette observation.

III° Formes de rêverie et de bouderie

Les deux observations que nous allons maintenant donner ne visent plus des cas de schizomanie simple.

La première de celle-ci (*obs. IV*) est celle d'une schizomane *rêveuse*.Elle permettra de mieux faire ressortir les différences qui existent entre la forme simple et la forme de rêverie. En outre, les observations II et III nous avaient montré une ébauche de *symbolisme*.

C'est un phénomène à peu près constant chez ces malades. L'ampleur qu'il prend ici permet d'en mieux saisir le mécanisme, important à connaître.

La deuxième (*obs. V*) décrit une *boudeuse*. Son cas est un exemple très démonstratif de *discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique*, symptôme principal de l'affection. Telle est la principale raison qui nous engage à la donner ici. De plus, nous avons ainsi un exemple de chacune des trois formes de la schizomanie : simple, de rêverie et de bouderie.

OBSERVATION IV

(Rapportée par MM. Claude et A. Borel à la Société médico-psychologique en mai 1923 sous le titre : *Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle.*)

Voici tout d'abord l'histoire de cette malade :

Blanche D... a 48 ans. Elle est entrée à Sainte-Anne le 10 février 1923. Elle fut arrêtée à la suite des plaintes de son propriétaire qu'elle refusait de payer depuis déjà plusieurs années. Les explications qu'elle donna à cette occasion, jointes aux renseignements fournis par les voisins sur sa conduite, sur ses habillements étranges parurent tels, qu'elle fut amenée à l'Infirmerie spéciale où le certificat suivant fut dressé par M. de Clérambault : « Psychose atypique sous forme de démence partielle manifestée spécialement dans le domaine de la direction, du jugement et du langage écrit, sans troubles correspondants du domaine affectif, ni de l'idéation courante, et sans périodes antécédentes de vésanie proprement dite. Vague mégalomanie. Isolement avec idéologie ambitieuse. Talent énorme : elle dirige la mode. Graphorrhée avec incohérence verbale. Sujets grandioses, assonances, allitérations. Symbolisme. Mots nouveaux ou à sens hermétique : le Double-huit, le cinq. Dessins à sens caché. Explications inconsistantes et constamment contradictoires avec débit aisé et satisfaction. Néologismes créés en notre présence. Aisance, incurie, affectuosité. Depuis des années inactivité, recours systématique à la

charité. Ecrits et dessins sans but. Talent de dessin réel et spontanément développé, semblerait-il, vers 32 ans (solitude morale temporaire). Seins injectés de paraffine. Lésions consécutives. »

Avant que d'entrer dans le détail des faits mentionnés dans ce certificat, il nous paraît nécessaire de rapporter, au moins dans ses grandes lignes, la vie tout entière de notre malade, nombre de points devant s'éclairer justement par la connaissance des divers évènements qui en ont marqué le cours.

Fille de petits commerçants, Blanche D... eut une enfance normale. Intelligente, elle fut une bonne élève à l'école et eut son certificat d'études à 13 ans. Comme elle apprenait avec facilité, ses parents voulurent lui faire préparer le brevet, mais sur sa demande on ne donna pas suite à ce projet, et on la mit en apprentissage chez une couturière. Dès sa petite enfance, en effet, elle avait manifesté le goût le plus vif pour tout ce qui touche à l'habillement. Elle y pensait sans cesse, au point de tomber dans de longues rêveries au cours desquelles elle imaginait les robes qu'elle ferait plus tard. Aussi, dès cette époque, recherchait-elle la solitude, préférant selon son expression : « vivre seule avec ses pensées plutôt que de jouer avec les enfants de son âge ». Souvent on la grondait et on lui reprochait « d'être sans cesse dans la lune ». Mais cela ne la touchait guère et laissant aller son imagination, c'étaient toujours « de nouvelles combinaisons de modes » qu'elle s'efforçait de trouver.

En apprentissage, elle se fit bientôt remarquer par son attention et sa facilité à apprendre son nouveau métier.

A 14 ans, elle était capable de faire ses robes et celles de ses sœurs. Et dès ce moment elle ne copiait plus servilement les modèles vus à l'atelier, mais au contraire les transformait, effectuant ainsi une véritable création. Il y avait d'ailleurs toujours une note d'originalité dans tout ce qu'elle faisait; et même quelquefois plus : ses toilettes faisaient sensation dans le quartier, et parfois, avoue-t-elle, certaines, trop hardies, prêtaient à rire.

Elle était devenue une excellente ouvrière, lorsqu'à 18 ans, survint un premier choc affectif : un jeune homme lui fit la cour contre le gré de ses parents. Après beaucoup d'hésitations, elle devint sa maîtresse, mais aussitôt en conçut un violent repentir, et se jugeant déshonorée, elle décida de s'enfuir à l'étranger. Elle vint ainsi en Belgique, où vivant seule, elle subvint facilement à ses besoins en travaillant dans la couture. Son travail, d'ailleurs, lui était un peu comme une consolation, et, nous disait-elle, c'est en s'y absorbant qu'elle oubliait les mauvaises heures vécues. Revenue à Paris quelques mois plus tard, elle eut la douleur d'apprendre le mariage de son ancien ami. Isolée, déçue, n'osant pas regagner la maison paternelle, une fois de plus elle se réfugia dans « son métier ». Très sérieuse, elle parvint bientôt à s'établir comme couturière à façon et se fit rapidement une clientèle. Ce fut une période heureuse : Ne pensant qu'à son travail, elle s'amusait à inventer de nouvelles dispositions. Les costumes qu'elle effectuait prenaient ainsi une note d'originalité. Elle voulait même, dès cette époque, qu'à chaque robe correspondît une signfication : C'était déjà la tendance au symbolisme que nous verrons plus tard devenir si manifeste. Mais elle savait rester dans des limites

raisonnables. Et ce n'était que lorsqu'il s'agissait de vêtements faits pour elle qu'elle donnait libre cours à sa fantaisie.

A 24 ans, survint une nouvelle aventure sentimentale. Elle connut un jeune homme, un étudiant, dont elle devint la maîtresse. Ce fut une longue liaison de quatorze années. Très éprise et admirant beaucoup son ami qu'elle jugeait très intelligent, elle s'efforçait d'être pour lui une compagne. Et voulant lui démontrer qu'elle savait elle aussi penser, elle se mit bientôt à lui écrire. C'est alors que l'on voit se manifester le symbolisme d'expression qui plus tard se révèlera tout à fait pathologique. Elle explique très nettement l'intention qu'elle avait en agissant ainsi et différencie deux manières d'écrire : une qui serait le genre lettre d'affaires : elle en écrivait quelquefois; et celle-ci, caractérisée par l'emploi (c'est son expression même) de symboles poétiques.

« Un symbole, explique-t-elle, c'est un mot qui fait penser. » « C'est dire en un seul mot plusieurs autres choses. » Elle composait lentement ses lettres, faisait des brouillons, les simplifiait et arrivait ainsi à un texte très beau, mais sans doute d'une certaine obscurité, puisque son ami lui aurait dit qu'elle était « plus difficile à comprendre qu'un poète symboliste ». Parallèlement elle cherchait à mettre une signification profonde dans les toilettes qu'elle inventait. Elle s'efforçait de leur faire exprimer plus ou moins clairement une allusion à tel ou tel événement de sa vie, C'est ainsi que, manquant d'argent et voulant aller en demander, elle imagina « la robe de la dame qui n'a pas d'argent » : verte et grise, verte : couleur de l'espérance, et grise pour sym-

boliser la détresse. Une autre fois son ami se plaignant de ne pas avoir de chance, elle fit la robe de la guigne..., etc. Tous ces costumes étaient naturellement pour elle. Pour les clientes, elle savait bien que cela n'aurait pas plu, et ne proposait que des dispositions normales avec cependant une note d'originalité, mais jusque-là parfaitement tolérable. Elle était d'ailleurs fort appréciée de tous ceux qui l'employèrent. Plusieurs fois elle fut prise en qualité de première dans de grandes maisons. Là elle s'occupait à faire les modèles. C'était aussi bien la seule fonction qui lui convint. Suivre les idées des autres lui était un supplice. Et elle n'aimait pas, non plus, un modèle étant créé, le reproduire plusieurs fois pour différentes clientes. La besogne matérielle l'irritait. C'était une tâche subalterne, bonne pour de simples ouvrières. Elle voulait être plus que cela, et ne s'intéressait qu'à l'idée même. Il n'est pas étonnant qu'étant dans de telles dispositions elle n'ait jamais pu rester longtemps dans la même maison. Au bout d'une saison, en général, on la remerciait. Et souvent, ajoute-t-elle, on se servait ensuite de certaines dispositions imaginées par elle. « En somme, conclut-elle, je ne restais que le temps de me faire voler mes idées. »

Vers l'âge de 35 ans, une nouvelle déception sentimentale survint dans sa vie. Elle se brouilla avec son ami. Elle paraît bien avoir beaucoup souffert du sentiment de solitude morale produite par la rupture de sa liaison et il semble que cette influence n'a pas été étrangère au développement de plus en plus marqué de cette tendance à la rêverie dont nous avons déjà parlé. Dès ce moment, d'autre part, quelques idées de grandeur consolantes paraissent également s'être

ébauchées, plus ou moins consciemment d'ailleurs. Blanche sentait qu'elle n'était pas une couturière comme les autres et son métier lui apparaissait bien plus comme un art que comme un métier. Ne se plaisait-elle pas, en effet, à imaginer sans cesse de nouvelles créations? Elle était donc une sorte d'artiste. Et le plaisir de se juger ainsi au-dessus des autres la consolait (1). Cependant elle voulait quelque chose de plus. Ayant vu une jeune femme qui faisait des dessins de modes, elle pensa qu'elle-même serait capable d'en faire autant et même mieux. N'avait-elle pas des idées originales, alors que tant d'autres se bornent à recopier ce qu'ils voient? Bientôt elle connut que c'était là sa véritable vocation. Et elle se mit à suivre des cours de dessin dans des écoles populaires d'abord, dans des ateliers plus tard. Il est curieux de constater qu'effectivement elle fit de rapides progrès. Au bout d'un an, elle en savait assez pour composer à son tour des modèles qu'elle alla soumettre à divers grands couturiers. On lui en acheta. Elle se fit ainsi de nouvelles ressources, et arriva à gagner de 150 à 200 francs par mois. Elle négligea alors progressivement la couture proprement dite, besogne purement matérielle, et vécut en partie de la vente de ses dessins. Ce n'était pas très rémunérateur sans doute, mais il lui importait peu d'être riche. Son art lui suffisait. D'ailleurs à aucun moment de son existence elle n'avait désiré gagner de l'argent. En un certain sens, on pourrait dire que son adaptation à la vie, à la réalité fut toujours un

1. Il nous paraît intéressant de noter qu'à cette même époque notre malade se fit injecter les seins avec de la paraffine « parce qu'ils tombaient ». Elle voulait être belle, sculpturalement belle — plus que les autres.

peu déficiente. Dès le jeune âge nous avions vu se montrer, plus ou moins vivement, ce désintérêt des choses pratiques, avec au contraire une tendance à fuir dans une sorte de vie « autistique ». A mesure que les années vont passer, que les déceptions se multiplieront, ce détachement deviendra plus manifeste. Et en même temps, nous verrons évoluer sa pensée vers une forme plus abstraite, et plus symbolique.

C'est seulement au cours de l'année de 1915 que cette évolution commença de prendre un aspect pathologique. Jusque-là, Blanche vivait à peu près normalement, et gagnait de quoi subvenir à ses besoins. Il faut signaler, toutefois, qu'à partir de 1910 étaient survenus quelques écarts de conduite, qui manifestaient peut-être déjà un changement lentement progressif. Sa liaison qui avait repris après une brouille d'un an s'était terminée dans l'indifférence. Elle avait pris un autre amant vite lâché, puis ce furent encore d'autres aventures, toutes très brèves, sans lendemain. « L'amour, disait-elle, ne l'intéressait plus. » Et d'ailleurs elle ne rencontrait pas d'hommes « conformes à son idéal ».

En 1914, du fait même de la guerre, la plupart des maisons pour lesquelles Blanche travaillait fermèrent leurs portes momentanément, ou du moins durent restreindre leur production. Il en résulta pour elle une très grande difficulté à gagner sa vie. Et ce fait, joint à l'émotion légitime causée par les événements militaires, paraît bien avoir marqué l'apparition des troubles nets que maintenant nous allons voir se dérouler. Se trouvant presque sans ressources, il ne lui vint pas l'idée de redevenir simple ouvrière. Au contraire, elle continua de dessiner des modèles. Mais désormais une originalité excessive apparaissait dans ses conceptions.

Si bien que ses anciens clients eurent tôt fait de l'éconduire sous divers prétextes. Elle tomba ainsi dans une extrême misère. Et dès lors commence toute une nouvelle période, où toutes les tendances que nous avons tâché de mettre en évidence s'accentuent, s'hypertrophient en quelque sorte, et qui est caractérisée surtout par une perte de contact de plus en plus marquée avec la réalité. Grâce à quelques secours donnés par la mairie, Blanche parvenait à subvenir à ses besoins les plus pressants. Mais cela lui importait peu, en somme. S'absorbant dans ses rêveries imaginatives, elle ne voulait plus vivre que « pour son art ». Chaque jour sa confiance en sa valeur s'accroissait. L'évolution vers les idées de grandeur se précisait. Elle sentait qu'elle était une grande artiste, et s'en rendait compte en comparant ses conceptions avec celles des autres. Des idées nouvelles lui venaient sans cesse, et négligeant de plus en plus les usages habituels, elle s'efforçait vers un symbolisme qui devenait plus abstrait. D'autre part, se rappelant les lettres écrites jadis à son ami, elle pensa à en composer de nouvelles qu'elle enverrait aux soldats du front, « afin d'élever leur moral ». C'était une tâche difficile et nécessitant un long travail. Elle faisait de nombreux brouillons, chaque lettre lui demandait des semaines. Puis elle les mettait à la poste, les adressant à un correspondant quelconque. Elle savait que la censure ouvrait les enveloppes. Donc on lirait ses lettres et les ayant admirées on les ferait lire à tous les soldats du front. Lettres et dessins furent ainsi sa seule occupation et son seul but. Mais en agissant de la sorte elle sentait qu'elle servait son pays, et qu'elle contribuait à sauver la France. Elle était donc une sorte de Jeanne d'Arc. Ainsi naquit en elle cette idée

qu'elle doublait l'héroïne lorraine. Et elle la matérialisa dans un dessin, puis dans un costume : le Double-deux. Cela ne suffisait pas. Etant poète et artiste, elle en vint à considérer que non seulement elle doublait mais triplait Jeanne d'Arc : de là, la robe Double-trois. Puis ce furent d'autres symboles, le mouchoir de la France, le mouchoir du Nouveau-Monde, etc. Elle fabriquait robes et mouchoirs avec des morceaux d'étoffes récoltées au cours de sa vie de couturière ou même ramassées dans des boîtes à ordure.

Consciente de la grandeur de son art et de l'utilité de sa tâche, elle vivait heureuse, indifférente aux privations de toutes sortes qu'elle devait supporter. Absorbée en effet dans sa vie intérieure, dans un « autisme » de plus en plus prédominant, et de plus en plus éloigné de la réalité, elle sentait à peine sa vie misérable. Complètement dénuée de ressources, elle alla jusqu'à ramasser des croûtes de pain dans la rue et des légumes avariés sur les marchés. Cependant ses conceptions s'enrichissaient, et se consolant par ses rêveries de ce que la vie présente ne lui donnait pas, elle devenait une « très grande artiste » qui « se dévouait à son art ». Elle s'étonnait seulement de voir qu'on ne favorisait pas davantage son talent. Ne payant pas son loyer depuis le début de la guerre, elle considérait que c'était à juste titre. N'était-ce pas le moins que l'on pût faire pour une telle artiste? D'ailleurs ses dessins, ses modèles, ses robes même, elle ne songeait plus à les vendre. Ils étaient trop beaux, trop riches de signification profonde. Elle les gardait chez elle et à sa mort elle les lèguerait à la France. Toute une série de nouveaux vêtements avaient été entrepris. Avant elle s'était arrêtée au double-trois, maintenant elle

créait le double-quatre, le cinq, le huit, etc., etc. Chaque événement devenait matière à une nouvelle symbolisation.

Elle fut très étonnée lorsqu'à la fin de 1921, devant son refus de payer les termes qu'elle devait, son propriétaire la menaça d'expulsion. Elle refusa de croire aux exploits d'huissier qui lui furent plus tard envoyés, ne répondit à aucune convocation. Finalement une plainte fut déposée contre elle, qui amena, comme nous l'avons déjà dit, son envoi à l'Infirmerie spéciale.

C'est dans ces conditions que Blanche D... est entrée le 10 février 1923 dans le Service de la Clinique. Depuis cette date elle s'est toujours montrée une malade calme, lucide, acceptant de bonne grâce son internement. Parfaitement orientée, elle sait pourquoi on l'a dirigée sur Sainte-Anne et en raconte correctement les circonstances. Au cours des nombreux interrogatoires que nous lui avons fait subir, elle s'est toujours montrée capable de soutenir une conversation suivie, faisant des réponses pertinentes et souvent parfaitement adaptées. Nous n'avons jamais constaté de néologismes. Sa mémoire est bonne, tant pour l'évocation des souvenirs anciens que pour la fixation des faits récents. L'attention paraît suffisante et elle s'est toujours bien tirée des différentes épreuves auxquelles nous l'avons soumise. L'affectivité est normale. On ne décèle pas, enfin, de troubles très nets du jugement et du raisonnement, sauf, naturellement, en ce qui concerne l'appréciation de sa conduite durant ces dernières années : Blanche se croit toujours

une grande artiste, et pense qu'elle a comme telle un rôle à remplir. Elle reste persuadée que l'on n'a pas su reconnaître sa valeur et que l'on a eu tort de la chasser de son logement, malgré qu'elle n'en payât point les termes, parce que s'étant dévouée à l'Art et au Beau, la société reconnaissante se devait de lui assurer sa vie matérielle. Ces idées, du reste, ne sont pas exprimées sous une forme acerbe, et n'entraînent aucune revendication. C'est une constatation que la malade fait : Elle s'étonne qu'il en soit ainsi, et acceptant son sort, se trouve en définitive mieux à l'asile que chez elle. Elle a d'ailleurs bien autre chose pour la consoler : ses longues rêveries, ses écrits et ses dessins auxquels elle consacre presque toute son activite. Depuis son entrée, en effet, Blanche a fait de nombreux dessins, et qui sont de deux ordres. Les uns n'ont pas d'autre prétention que de vouloir représenter les traits de telle ou telle malade du service. Ils n'ont rien de particulier, et témoignent d'une certaine habileté. Les autres, ceux auxquels elle donne la plus grande valeur, ont une signification symbolique et sont d'une facture entièrement différente. Il faut avouer qu'il est très malaisé et souvent même impossible de reconnaître le sens de ces productions, malgré même les explications de la malade. Tandis qu'autrefois le lien unissant le symbole au dessin représenté gardait une certaine logique (robe de la guigne par exemple), on ne trouve plus maintenant qu'une association hasardeuse, dépourvue de signification. C'est ainsi qu'elle nous a remis un dessin représentant le « stage qu'elle fait ici » et qui montre une femme correctement dessinée

avec un habillement dont les dispositions arrivent à tracer plus ou moins visiblement les lettres s. t. a. g. tandis qu'une partie de la robe renflée figure un œuf, le tout formant : s t a g œuf = stage. Il s'agit bien plus d'un rébus que d'un véritable dessin symbolique. Et l'on voit tout le chemin parcouru.

Dans ses écrits le même trouble va se manifester : aussi bien d'ailleurs dans les lettres écrites à sa famille que dans les sortes de productions poétiques qu'elle nous remet. Dans sa pensée toutes ont la prétention d'être des poèmes, en même temps qu'un commentaire de ses dessins. Lus d'un bout à l'autre ils présentent une incohérence presque absolue. On y remarque de temps en temps des associations par assonances, des tournures bizarres, souvent elliptiques, des mots fragmentés paraissant entièrement dénués de sens. Si on la prie de s'en expliquer, on voit bientôt que sous l'apparente incohérence se cache une pensée, mais dont l'expression est telle que seule Blanche peut ou croit pouvoir en démêler la signification. Si alors on essaye d'analyser la sorte de méthode qu'elle emploie, on constate un emploi presque constant du symbole. Seulement ici tout mot semble pour elle pouvoir devenir un symbole. Une syllabe suffit même parfois. Et, de plus, il n'y a pas de relation adéquate entre la pensée et le symbole exprimé, si bien que l'on pouvait dire que du symbolisme elle n'a conservé que l'élément formel, que la méthode, sans y faire correspondre la signification appropriée.

Comment classer une telle malade?

Il nous semble d'abord que l'on peut éliminer le dia-

gnostic de Démence. Les facultés intellectuelles, en effet, paraissent intactes chez Blanche D.. Mémoire, attention, affectivité, imagination ne présentent aucun déficit. Quant aux troubles de jugement et de raisonnement. ils sont manifestement en rapport avec les conceptions ambitieuses de notre malade, et d'ailleurs ils n'apparaissent qu'à cette occasion, nullement dans les circonstances ordinaires. Au cours des multiples conversations que nous avons eues avec elle, ses réponses étaient, nous l'avons déjà dit, toujours pertinentes, et correspondaient parfaitement avec son niveau intellectuel. Il s'agit donc bien d'une malade dont le fond mental est conservé, mais qui cependant, depuis près d'une dizaine d'années, s'est montrée incapable de subvenir normalement à ses besoins et a manifesté des troubles nets de l'activité.

On ne saurait également considérer Blanche D... comme une simple délirante à idées de grandeur. Nous nous sommes efforcés de montrer que les conceptions ambitieuses qu'on lui voit émettre ne sont pas un symptôme primitif, évoluant pour son propre compte, mais, bien au contraire, qu'elles apparaissent comme la conséquence d'un trouble plus profond et dont on peut trouver la racine jusque dans l'enfance. Envisagées à leur état actuel, par suite de l'hypertrophie considérable qu'elles ont prise depuis plusieurs années, elles paraissent dominer la scène. Mais leur genèse que nous avons tâché de mettre en évidence montre manifestement qu'il s'agit là d'un fait secondaire.

C'est pourquoi nous pensons que nous sommes avant

tout en présence d'un état constitutionnel, dont l'épisode actuel représente l'aboutissant.

Nous ferons d'abord remarquer que dans les antécédents héréditaires de Blanche on trouve un père original, violent, se livrant souvent à des excès de boisson. Un frère de notre malade, de plus, a fait pendant la guerre des troubles mentaux et mourut à Bicêtre. D'autre part, si l'on veut bien se rappeler le récit que nous avons fait, il apparaît que le développement de l'affection a été lentement progressif et que bien avant la période de troubles manifestes, il existait certains indices, assez frustes sans doute, mais qu'on peut retrouver jusque dans les premières années de la vie de Blanche. Envisagée d'une façon très schematique, on pouvait distinguer trois époques à toute cette évolution. Dans une première période s'étendant de l'enfance jusque vers la 30e année, la malade, quoique tout à fait normale, montre déjà ébauchée cette tendance constitutionnelle à la rêverie et à l'absorption dans la vie intérieure. Dans son jeune âge elle ne jouait pas comme les autres enfants, et avouait que son plus grand plaisir consistait à « vivre dans ses idées ». En même temps on voit se dessiner le désir de faire autrement que les autres, de se consacrer à un idéal. Néanmoins l'adaptation avec le monde extérieur est largement suffisante et aucun trouble ne se manifeste.

Mais des déceptions surviennent, d'ordre sentimental et professionnel. Une seconde période commence où la perte de contact avec la réalité va s'accentuer davantage, et où va se mieux marquer la fuite vers la vie inté-

rieure qui la consolera des déboires apportés par l'existence quotidienne. C'est alors qu'elle apprend à dessiner et réalise ses aspirations d'enfant : elle crée des modèles où elle donne libre cours à son originalité.

Toutefois sa pensée devient plus abstraite, et se détache peu à peu de ses conditions normales. De là une tendance au symbolisme dont l'expression d'ailleurs reste d'abord suffisamment adaptée. Durant des années son activité n'en est que peu ou pas entravée. En effet, Blanche a conscience de ses tendances, et se rend compte que ses conceptions sont souvent trop excentriques. Elle réserve pour elle ce qui serait trop hardi ou trop incompréhensible, tout en restant persuadée que ce sont là ses plus belles œuvres. Grâce à cette confiance en soi, à cet orgueil, elle parvient à passer au milieu de toutes les déceptions sans presque en souffrir. Le détachement avec la réalité se marque ainsi de plus en plus.

Enfin depuis 1915 une nouvelle évolution se produit et qui paraît consécutive à de nouveaux déboires. Une troisième période commence, que l'on pouvait appeler : période d'évolution délirante, où par leur exagération même les conceptions de notre malade entraînent bientôt une désadaptation presque complète avec la vie réelle. Par le même processus que nous avons tâché déjà de mettre en évidence, Blanche se réfugie de plus en plus dans sa vie intérieure, dans son « monde imaginaire ». La réalité lui devient indifférente, et ne lui apportant en somme que des déceptions, elle la fuit et s'en console par des rêveries imaginatives dont elle est l'héroïne. Ainsi s'édifient ces idées orgueilleuses et am-

bitieuses dont nous avons parlé. Ainsi s'expliquent aussi cette inactivité et les troubles divers de la conduite qui finiront par amener l'internement de notre malade. Quant au symbolisme jusque-là relativement adapté, il participe à la même évolution, se transforme progressivement pour finalement devenir presque incompréhensible et nettement délirant, évoluant en quelque sorte vers une expression de plus en plus abstraite et purement formelle.

OBSERVATION V

(*Annales médico-psychologiques*, déc. 1923. — *Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif. — Aspect schizoïde.*)

PAR CLAUDE, A. BOREL ET GILBERT ROBIN

Rachel D... est entrée à l'asile clinique le 9 janvier 1923 : « Indifférence affective, ralentissement psychique, tendance au négativisme, aux accès d'excitation avec colères et violences », notait le Dr Vurpas et le Dr Colin, de son côté, écrit « Démence précoce ». Le Dr Brousseau, frappé par l'état dépressif avec difficulté de l'effort mental, inactivité, indifférence à son sort, concluait à une schizophrénie évoluant depuis plusieurs années.

Pas d'antécédents héréditaires notables au point de vue psychopathologique. Sept frères et sœurs de la malade sont en bonne santé.

D'après la tante qui l'a élevée depuis l'âge de 9 ans, c'était une enfant normale, douce, timide, caressante, casanière, ne sortant jamais. A l'école, elle était studieuse, obtint le

certificat d'études, prépara le brevet élémentaire, ne put l'obtenir.

A l'âge de 22 ans, elle manqua un mariage. Son fiancé, séduit par une autre intrigue, l'abandonna. Ce fut un gros chagrin pour Rachel D... Elle pleurait sans cesse et sa tante prétend qu'elle n'a jamais cessé de penser à cette déception.

Elle se remit peu à peu, sans cependant cesser d'être triste, travailla avec sa tante dans la confection, mais ce travail la fatiguait. Elle dut bientôt l'abandonner et son activité, du reste très intermittente, ne cessa pas de se ralentir jusqu'en 1920. Alors elle cessa tout à fait de travailler, de vouloir prendre des distractions. C'est à peine si elle vaquait aux soins du ménage.

Depuis septembre 1922, elle est restée inerte, apathique, d'aucun secours pour ses parents. Elle était songeuse, « dans la lune », dit sa tante. Elle s'irritait si on voulait la stimuler De plus en plus triste, elle pleurait souvent et répétait à sa famille : « Vous auriez dû me marier ». Elle maigrit beaucoup. Ses règles ont été régulières jusqu'au mois de novembre date à laquelle elles ont cessé d'apparaître.

A son entrée à l'Asile, elle se présentait passive, un peu déprimée, s'exprimait d'une manière lente et monotone, d'un ton indifférent, souriant doucement, ne faisant pas attention aux questions, incapable d'un effort soutenu. Elle était désorientée dans le temps, avait de la difficulté à se remémorer les faits récents. Elle avait conscience d'un état morbide. « Je suis dérangée, disait-elle. Avant, j'étais comme tout le monde. Je travaillais dans la confection. Puis j'ai eu des contrariétés. Je devais me marier, il y a huit ans. Je ne sais pas pourquoi mon fiancé m'a abandonnée. »

Depuis elle est devenue pensive, indifférente à tout, sombre, refusant toute distraction. Son état, nous explique-t-elle, s'est aggravé depuis un an.

« Je ne m'ennuie pas. Je ne désire rien. Tout m'est égal... Je ne travaille plus depuis trois ans... Plus rien ne m'intéresse... Je reste sans parler. » Elle avoue son irritabilité, elle a cassé quelques objets parce qu'on l'ennuyait. Elle sait qu'on tentait de la faire sortir pour son bien. Elle ne voulait pas.

A quoi songeait-elle? Elle ne le sait pas... « J'avais des idées vagues. Je pensais... J'aurais dû me marier. Une fille doit se marier de bonne heure. Je n'ai jamais eu de liberté. Mes parents me tenaient beaucoup... Je n'avais pas d'amies comme les autres jeunes filles. Je n'ai jamais eu d'amoureux, sinon mon fiancé. Je l'aimais beaucoup. Cela a eu beaucoup d'influence sur moi. »

Elle espère redevenir bientôt comme tout le monde. Elle sait bien qu'elle ne pourrait pas travailler, aucun atelier ne voudrait l'employer. Elle ne paraît pas souffrir. Elle pense qu'elle a manqué sa vie, mais elle a cessé de se tourmenter, dit-elle.

De janvier à juillet 1923, son attitude ne s'est guère modifiée. Inerte, indifférente à son sort, elle ne mangeait qu'avec l'aide des infirmières. Elle prétendait n'avoir pas d'appétit. Sa mimique était réduite à une sorte de sourire figé quand on l'interrogeait; le reste du temps, son regard était fixe, sans expression. Elle refusait d'aller à la selle, et pourtant, disait-elle, « ce n'est pas mauvaise volonté ». Elle n'a pas cessé d'être gâteuse pendant toute cette période. Elle ne s'intéressait à rien, ne lisait pas les journaux, répondait à

peine aux questions, passait ses journées accroupie sur son oreiller, les genoux collés au corps, dans une attitude stéréotypée dont elle ne sentait pas la fatigue. En raison de son alimentation difficile, elle a beaucoup maigri. L'examen radioscopique des poumons a montré de l'obscurite du sommet gauche et de la région sus-claviculaire gauche. Nous avons noté quelques oscillations dans la courbe thermique, qui a rarement dépassé 38 degrés.

Tout examen organique est resté impossible, la malade s'y opposant avec une extrême résistance.

Elle restait désorientée dans le temps mais, chaque fois que son attention était vivement sollicitée, la malade montrait que les processus intellectuels s'effectuaient normalement. Elle était capable de résumer un article de journal de faire des calculs, de raconter sa vie passée et répétait sans cesse, parfois en sanglotant : « On aurait dû me marier. »

Cet état s'est amélioré depuis août 1923. La malade fournissait des réponses de plus en plus cohérentes, sans aucun trouble du jugement. Elle évoquait sans déplaisir les événements de son enfance, montrait des troubles de la mémoire pour les faits plus récents, s'analysait judicieusement, ne se faisait plus prier pour parler. Elle a confirmé les renseignements que nous avions sur son passé et nous a fourni de nouveaux détails sur son enfance.

Elle allait au patronage. Elle aimait à chanter à l'Eglise. Elle a encore une « certaine croyance » et elle regrette de n'avoir pas fait sa première communion. « C'étaient mes opinions. » Elle aurait voulu être institutrice. Elle explique les malaises qui ont suivi son mariage manqué. Elle accuse son oncle d'avoir répondu trop brutalement à son fiancé.

Elle sait fort bien que c'est cette histoire malheureuse qui lui a tourné la tête, mais elle n'y pense plus. Elle ne veut plus se marier.

Elle ne donne pas d'explications sur l'attitude bizarre qu'elle avait adoptée, mais elle explique que l'indifférence, l'apathie l'empêchaient de manger. Elle n'a jamais cessé d'être gâteuse. Elle l'est encore aujourd'hui. Il lui faudrait, dit-elle, une volonté plus forte. Elle s'est rendue utile dans le service depuis le mois d'août, cousant, faisant les travaux du ménage. Elle montrait de la bonne humeur. Elle demandait à aller à la campagne, à vivre normalement dans sa famille. Elle travaillerait dans un atelier. Elle était satisfaite d'aller mieux, faisait des projets raisonnables, ne doutait pas de venir à bout de son gâtisme. Parfois même son activité avait paru un peu anormale et ses tendances à s'employer auprès des autres malades un peu excessives.

Son état physique s'était amélioré. Elle a engraissé de 5 kilogs en peu de temps. L'aménorrhée qui existait depuis novembre 1922 a cessé en octobre 1923.

Nous avons stimulé son activité. Nous lui avons demandé d'écrire l'histoire de sa maladie. Voici ce qu'elle a voulu nous confier :

« Voici mon histoire :

« Je suis née à Saint-Quentin, ville qui se trouve dans le « département de l'Aisne, en l'année 1893, le 5 janvier.

« Mon père qui nous éleva à huit enfants, mourut en 1902 « en nous laissant avec ma mère et un enfant qui n'était « pas tout à fait fini d'élever.

« Ma mère ne pouvant me garder avec elle, en raison de « la grande famille qu'elle avait, se décida à m'envoyer chez

« une de mes tantes, à Paris, qui n'avait pas d'enfant.
« Ce fut une grande joie pour eux d'avoir une fille. Je fus
« bien élevée par eux et allai à l'école jusqu'à l'âge de 16 ans.
« Je passai même mon brevet, mais, ayant échoué, je ne
« voulus plus continuer à aller en classe et mes parents ne
« me forcèrent pas.

« J'allai travailler en atelier avec ma tante pendant un
« certain temps pour pouvoir apprendre un peu de couture,
« afin de pouvoir me rendre utile dans mon intérieur. Dans
« ces moments-là, mon oncle eut une nièce qui vint à se
« marier, donc nous sommes allés à la noce en Touraine et,
« comme il arrive souvent, je fis la connaissance d'un neveu,
« à mon oncle, et de là devait commencer pour moi de petits
« ennuis. Ce ne fut pas encore à ce moment-là que je m'en
« aperçus, mais un peu plus tard.

« Nous nous sommes correspondu pendant au moins qua-
« tre ans et puis je devins neurasthénique, ce qui fut pro-
« voqué par les nerfs. Ma tante et mon oncle, qui m'aimaient
« beaucoup, et me voyant changer et devenir triste, me
« demandèrent si cela ne me ferait pas plaisir d'aller voir
« celui que je considérais comme mon fiancé. J'acceptai, en
« étant très contente, et je partis en Touraine.

« Mais je n'y restai pas bien longtemps, d'abord l'ennui
« me prit et je voulus revenir à Paris, croyant que je gué-
« rirai et que cela ne m'empêcherait pas de me marier un
« peu plus tard, comme je devais le faire.

« Ce jeune homme écrivit une lettre à mon oncle, mais
« mon oncle ne répondit pas à sa lettre, et de là vint la chi-
« cane. Tout était donc fini.

« De là j'eus un découragement de moi-même et rien ne

« m'intéressait plus. Ni les promenades, ni les distractions, « alors mes parents s'occupèrent de moi, me procurèrent « des distractions et me firent sortir, ne voulant pas que je « reste dans l'état où je me trouvai.

« Un peu plus tard, je redevins triste, mais cela ne devait « pas dépendre de la première histoire, mais enfin mon sort « n'en devint pas meilleur, car je restai insensible à tout « comme la première fois, et ne voulai plus sortir. Mon oncle « et ma tante, me voyant ainsi, décidèrent de me placer dans « une maison afin de me faire soigner. »

L'amélioration fut telle que la malade put être rendue à son oncle et à sa tante le 1er novembre. La malade paraissait heureuse de sortir.

Une semaine plus tard, le 7 novembre, ses parents étaient obligés de nous la ramener. Depuis trois jours, elle avait refusé de s'alimenter, elle opposait à toutes les questions un mutisme absolu, elle avait continué à être gâteuse. Elle se montrait hostile et même haineuse à l'égard de sa famille, particulièrement de son oncle, tout en déclarant qu'elle n'avait jamais cessé de les aimer, leur reprochait encore d'avoir fait son malheur, de ne pas l'avoir mariée, de l'avoir tenue étroitement alors que ses sœurs étaient libres.

A peine était-elle à la Clinique, qu'elle acceptait en notre présence de boire une tasse de lait. Cependant elle est actuellement dans un état comparable à celui qui précéda le mois d'août. Il faut la faire manger. Elle est hésitante, négativiste, refuse de répondre, sinon pour dire toujours la même chose : « On aurait dû me marier. »

Telle est cette malade qui justifie, par ses réactions à l'ambiance, mais par ses réactions seules, croyons-nous, l'hypothèse de démence précoce. Evidemment nous sommes souvent obligés, en psychiatrie, de nous contenter des symptômes objectifs. Leur ensemble fournit une présomption en faveur de telle ou telle affection. L'avenir en justifie souvent le bien-fondé. Mais sans l'épreuve du temps, de l'évolution, le syndrome vu de l'extérieur ne peut pas, au moment même de notre examen, nous apporter mieux qu'une présomption. Il n'existe pas d'épreuve spécifique de vérification. Nous voulons surtout parler de la démence précoce. Quand nous constatons : Indifférence, négativisme, mutisme ou verbigération avec stéréotypies verbales, impulsions violentes, rires et pleurs sans motif évident, sitiophobie, gâtisme, etc., nous pensons à cette affection. Mais nous n'avons pu en aucune manière explorer la vie intérieure du sujet. Notre examen est resté forcément superficiel. Nous savons combien il est périlleux de se fier exclusivement aux apparences. Cela est banal à répéter, mais nous insistons parce qu'il est des individus qui présentent un syndrome comparable à celui que nous énumérons plus haut, et cependant lorsqu'on peut pénétrer dans leur psychisme, ils révèlent une intégrité intellectuelle surprenante, une affectivité qui loin d'être abolie se montre exacerbée. Sans doute, ils ressemblent extérieurement aux déments précoces.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que notre malade ait été considérée comme telle. Et, cependant, où réside la désagrégation psychique? Il existe, c'est là le trouble

principal, une dysharmonie entre le sujet et le milieu, mais de ralentissement des processus psychiques, d'incohérence, d'indifférence affective, avec manifestations paradoxales, de troubles du jugement, de désorientation, de suggestibilité, point. La malade se tait le plus souvent. Elle est négativiste. Quand elle se confie à nous, son discours est logique, coordonné, nous l'avons vu. Elle écrit correctement. Elle raconte son passé, elle a conscience de ses troubles. On dirait alors, dans ses propos, d'une personne normale. Les phénomènes psychiques ne cessent pas d'obéir aux lois habituelles. La maladie réside dans la perte de l'activité. Le monde extérieur ne la sollicite plus. C'est l'inertie, l'apathie, l'indifférence à l'ambiance (mais sans doute à l'ambiance seulement), l'attitude figée, le regard perdu, la négligence de sa personne, le refus d'aliments, le gâtisme. Que si cette activité se rééduque, que si la malade est incitée à recueillir au dehors les fruits de son énergie reconquise, aussitôt le milieu extérieur, comme s'il rappelait une série de tristes souvenirs, ou comme s'il blessait la malade dans son *moi* profond, arrête tout élan. De nouveau, l'internement s'impose. Nous le voyons, cet etat dépressif avec perte de l'activité ne ressemble que superficiellement à la démence précoce et un tel diagnostic ne satisfait pas complètement l'esprit.

S'agit-il de mélancolie? L'aspect extérieur fait de tristesse et d'abattement, la nuance de regret avec laquelle la malade répète souvent : On aurait dû me marier, le refus d'aliments, nous a laissé longtemps perplexes sur

l'existence possible d'un état mélancolique avec peut-être un élément de périodicité. Nous n'avons jamais observé de réactions anxieuses. Ce n'est pas l'indifférence douloureuse du mélancolique. « Je ne m'ennuie pas, je ne désire rien », dit-elle. Il n'existe aucun thème délirant de nature mélancolique. Pas de phénomènes psychosensoriels. Il ne pourrait s'agir ici que de mélancolie stuporeuse. Un délire très actif pourrait la legitimer : nous le répétons, il n'en est pas trace. Ou bien l'inhibition psychique poussée à son comble, entraînant l'arrêt des fonctions intellectuelles, aurait réalisé cet état d'inertie complète. Or, les processus intellectuels sont capables d'être mis spontanément en jeu, nous l'avons observé, et se révèlent immédiatement logiques, cohérents.

La maladie évolue depuis huit ans. Ce passage à l'etat chronique se serait accompli sans idée delirante. Il serait susceptible d'être coupé par des phases de guérison. Ce serait une psychose intermittente à bien longs accès, surtout chez une malade qui était si jeune au début des accidents. Là encore, la dépression en impose pour un état mélancolique. Mais l'examen du fond mental éloigne de cette hypothèse envisagée d'un point de vue nosologique.

Aucun de ces diagnostics ne nous satisfait. L'observation rigoureuse des faits nous oblige à constater un choc émotif très intense entraînant aussitôt à sa suite une véritable perte de contact avec la réalité. Au lieu de réagir, d'essayer de lutter contre l'adversité, de faire le projet d'un autre mariage, la malade se replie sur elle-même, vit dans une sorte de rumination mentale qui lui

fait dire sans cesse : On aurait dû me marier, et se retrancher de plus en plus du monde extérieur, cultivant peut-être inconsciemment un engourdissement psychique qui la protège contre la douleur, une inactivité qui lui évite le heurt de l'effort de la vie journalière. Ne pourrait-il s'agir d'un moyen de défense, d'un caractère un peu spécial nous en convenons, contre une existence jugée imparfaite? En effet, le séjour à l'asile amène — conséquence heureuse — une véritable guérison. Le milieu est nouveau. La malade y peut vivre isolée, à l'abri de toute préoccupation matérielle. On peut dire que l'internement avec l'égalité des malades devant les règlements, l'uniformité du régime pour tout le monde, a cela de commun (toutes proportions gardées évidemment) avec la vie en groupes (pensions, casernes, couvents), qu'elle confère à chacun une sorte d'impersonnalite, parfois blessante, souvent protectrice, et protectrice surtout pour nos malades d'asile. En effet, à peine notre malade est-elle remise dans le milieu familial, ce même milieu réactive, pourrait-on dire, le complexe affectif qui semblait atténué et les réactions qu'il avait fait naître autrefois réapparaissent aussitôt. Si on peut parler de discordances, c'est bien de discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique, la première intacte malgré les apparences, la seconde profondément touchée.

SCHIZOMANES ADAPTÉS A LA VIE RÉELLE

Nous avons défini dans la première partie de notre travail, les symptômes de la schizomanie. D'autre part nous avons insisté à la suite de nos observations sur le diagnostic différentiel. Nous ne nous sommes pas contentés d'analyser les troubles présentés en dernier lieu, nous avons eu recours à une vue d'ensemble sur la vie des sujets étudiés pour établir notre diagnostic.

Tantôt, comme dans le cas des observations II et III, le fonds mental des sujets s'extériorise par un genre de vie spécial. Tantôt, comme dans le cas d'Alcide (obs. I) la façade est intacte, mais elle cache une désorganisation avancée. Le malade fait encore quelque effort pour conserver une apparence correcte. Cependant, comme dit un proverbe americain : *there is a skeleton in the house* (il y a un squelette dans la maison)...

Il apparaît ainsi combien peut être délicate l'étude d'un schizomane encore adapté à la vie réelle. Nombres de bizarreries ne relèvent pas de la schizomanie. Tout rêveur n'est pas forcément un schizoïde. Pour beaucoup, le rêve est le prélude nécessaire de l'action. Mener une existence « où la réalité serait la sœur du rêve », telle est

l'équation que le schizoïde est incapable de résoudre, et dont la solution le guérirait.

L'un dit : « Rêver, c'est déjà vouloir, c'est presque pouvoir » (J. M. de Hérédia).

L'autre : « Meditation paralyses action » (Shakespeare (1).

Cependant, nous inspirant des observations publiées, nous allons tenter, brièvement, d'exposer quelques traits qui semblent se détacher avec un relief particulier.

En premier lieu, le schizomane ramène toute l'activité à sa propre personne, c'est un égocentrique actif.

En second lieu, il présente cette forme particulière de sensibilité dont sont capables les plus farouches égoïsmes, puisqu'elle n'est pas le sentiment, mais une faculté d'émotion purement sensuelle ou plutôt imaginative, passive d'ordinaire et incapable de sacrifice (2)...

Ces traits de caractère donnent leur teinte particulière aux symptômes cardinaux énoncés au début de notre travail : la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique, et la rigidité affective

1. On peut se demander si les deux poètes — l'un de souche latine, l'autre anglo-saxon — n'ont pas exprimé les réactions différentes non seulement de deux individualités, mais d'une façon très générale, de deux races. Sous telle latitude, où le climat favorise un meilleur accord entre l'homme et la nature, c'est-à-dire entre l'esprit et la vie, le rêve serait un élément de syntonie. Sous telle autre latitude, où les vents du large voilent d'un éternel rideau de brumes et de nuées une nature aux contours indécis, la tendance au rêve prendrait un caractère schizoïde.

2. Notons, en passant, que les habitudes *d'onanisme* de certains sujets normalement développés, peuvent trouver là leur explication.

qui entraînent la perte du sentiment d'harmonie avec la vie, et réalisent la rupture du contact intime avec la réalité.

Il suffira que des bizarreries de comportement se trouvent éclairées par les notions précédentes, pour qu'on soit en droit de les considérer comme des manifestations schizomaniaques.

En conséquence, de même qu'il nous a paru vain d'épuiser toute la série possible des symptômes secondaires de la schizophrénie, il nous semblerait fastidieux, sinon impossible, d'énumérer tous les aspects variés que peut présenter le comportement schizomaniaque encore adapté à la vie réelle (1). Cependant la forme simple présente certains signes, souvent masqués dans les autres formes par l'ampleur des créations autistiques, et qui offrent un certain relief. Notamment, il est un phénomène sur lequel nous voudrions insister, parce qu'il est facile à observer, qu'il est presque constant, qu'il marque souvent le seuil objectif de la schizomanie, et qu'il peut enfin avoir une grosse importance médico-légale : c'est la *fugue schizomaniaque.*

Elle présente tous les degrés, depuis la fugue ordinaire, classique en quelque sorte, jusqu'à une espèce de fugue discrète, larvée, et dont le sens peut facilement échapper. Nous donnons donc à ce terme un sens très général, une acception très large.

C'est ainsi qu'elle apparaît avec sa forme habituelle

1. O.-L. Forel, dans *la Psychologie des névroses,* Kundig. Genève, 1925, a fait un tableau très détaillé des caractères schizoïdes et schizophrènes.

dans l'observation I. Dans l'observation II, la « claustration » de la malade réalise son désir de se mettre à l'abri de la vie, de fuir la réalité : c'est une sorte de fugue paradoxale, à caractère schizomaniaque. Dans l'observation III, ce changement de milieu équivaut à une fugue réalisée, qu'on nous permette cette expression, « au ralenti ».

Dans la vie courante, c'est le plus souvent par une manifestation de cet ordre que se révèlera un accès schizomaniaque.

Nous citerons le cas d'un industriel connu, d'une activité dévorante, parfaitement adapté, en apparence, à la vie qu'il mène, et qui, à certains moments, interrompt brusquement ses occupations. Il s'enferme alors dans une pièce de son appartement, où il est formellement interdit de venir le déranger, où jamais personne ne doit pénétrer. Il reste là des heures, isolé de sa famille, de ses amis, de ses affaires. S'il profitait de cet isolement pour se reposer, se détendre, il n'y aurait rien là que de normal, quoique d'un peu excessif peut-être. Mais voici où se manifeste le caractère pathologique de cette attitude : cet industriel, enfermé dans cette pièce nue et vide de meubles, retrouve là des objets bizarres, qu'il construit de ses propres mains : ce sont des sortes de constructions géométriques aux formes étranges, peintes de couleurs vives, rappelant certaines « sculptures » modernes, et dont l'édification exige apparemment une grande application. Il les contemple sans se lasser. Au bout de deux ou trois jours, sans mot dire, il sort de cette pièce, la referme soigneusement et reprend la vie nor-

male comme si de rien n'était. Et jamais il ne fournit une explication sur sa conduite.

Cette sorte de fuite de la réalité, cette fugue hors de la vie quotidienne, peut-être interprétée comme un accès de schizomanie : une réalité qui demande une tension trop forte se voit soudainement abandonnée au profit d'un monde irréel bâti par un autisme actif et créateur. Notons encore l'inaptitude de cet industriel à goûter sainement l'oisiveté, véritable pierre de touche qui permet de distinguer le syntone du schizoïde, en ce qu'elle exige au plus haut point le sentiment d'harmonie avec l'ambiance.

L'histoire de cet industriel nous offre l'exemple d'une fugue larvée, à caractère cyclothymique.

Voici d'autre part un exemple de fugues complètes où le facteur cyclothymique apparaît encore plus nettement.

C'est l'histoire (1) d'un domestique de ferme, homme très travailleur, très actif et honnête. Pendant l'hiver, il était gai et insouciant. Mais à l'approche du printemps, il devenait inquiet et agité. Puis un beau jour, il demandait d'une façon pressante à son maître de le laisser partir jusqu'en septembre. Il était inutile de le retenir, comme on essaya à plusieurs reprises. Le vagabondage devenait sa seconde nature : il avait passé ainsi plus de vingt étés dans la forêt. Détaché de tout, il errait, parcourant ainsi des centaines de kilomètres. Avec les premiers froids, il apparaissait, maigre, sale, satisfait. Et,

1. Rapportée par Amicus. *Pensées libres.* Paris, Alcan, 1911.

sans mot dire, il reprenait son travail jusqu'au printemps suivant. Il avait plus de cinquante ans. Une fois, il ne revint plus. Fut-il victime d'un crime ou d'un accident? Ou bien, las d'une telle existence, n'a-t-il pas plutôt mis fin lui-même à ses jours? Allait-il à la forêt, comme le peintre décrit plus haut, pour trouver une réalité élargie? Il ne semble pas. Il allait droit devant lui, sans repos, comme à la recherche d'un pays perdu. Il fuyait sa vie quotidienne, mais la réalité ne lui offrait rien qui pût satisfaire son besoin « d'ailleurs ».

De telles fugues peuvent être considérées comme de petits accès de schizomanie simple.

Le phénomène *d'ambivalence*, défini au début de ce travail, peut, s'il domine, ajouter certaines particularités. Le schizomane, conscient de son état, voudra réduire l'incapacité où il se trouve de *sentir* s'il désire réaliser une chose que sa raison lui montre désirable. Pour suppléer à cette infériorité, il aura recours à un artifice : il choisira des « principes » intangibles qui le guideront et remplaceront ce sens intime qui établit l'équilibre entre la raison et le sentiment. Certains de ces sujets invoquent d'une façon anormale « leurs principes » dans toutes les circonstances de la vie. Ces principes, en eux-mêmes, sont le plus souvent justes et beaux, mais par leur rigidité, leur mauvaise adaptation aux circonstances, ils sont capables de justifier les pires actions. Il leur manque, pour intervenir dans la vie sans dépasser le rang qui leur convient, d'être présidés par ce sentiment irrationnel ou plutôt surrationnel qui détermine la juste proportion de facteurs affectifs et de

facteurs rationnels, nécessaire pour les adapter aux exigences de la réalité, et leur conférer par là un caractère raisonnable.

Et l'on arrive au résultat paradoxal suivant : certains sujets paraissent doués d'une volonté réfléchie, alors qu'au fond d'eux-mêmes règnent l'incertitude et l'indécision, qu'ils dissimulent sous un masque rigide et figé. Leurs fonds mental est identique à celui de ces êtres impuissants à choisir et qui toujours hésitent, perpétuellement balancés entre des solutions opposées que tour à tour leur proposent une affectivité et une raison dissociées, incapables de les fixer sur leurs inclinations véritables.

Cet exemple justifie la nécessité où l'on se trouve en médecine mentale de s'efforcer de comprendre les phénomènes en les examinant « du dedans » et non seulement « du dehors ».

Enfin nous voudrions également dire un mot de certains travailleurs intellectuels ou autres, pour qui le travail ne répond ni à une nécessité matérielle, ni au désir légitime de mener à bien une œuvre entreprise. Pour certains sujets en effet, le travail apparaît comme une entité utile et salutaire en elle-même. Les mots d'oisiveté et de flânerie leur sont incompréhensibles, et ils sont incapables d'un instant de vraie détente. Quand ils ne sont pas à la tâche, ils ont continuellement l'impression qu'ils « perdent leur temps ». Ils peuvent donner le spectacle d'une activite réellement anormale. De tels sujets se voient dans toutes les classes de la societé : c'est la femme incapable de rester inoccupée et poursuivant

sans trêve d'interminables broderies, c'est le savant compilant un ouvrage sans intérêt théorique ni pratique. On pourrait en citer d'autres. Il manque au plus haut point à ces sujets la possibilité de se mettre en harmonie avec l'ambiance. Et en poussant un peu l'analyse on retrouverait en eux les principaux caractères de la schizomanie. Il s'agira bien entendu, souvent, d'une schizomanie très réduite, embryonnaire, mais réelle.

Nous venons en somme, de remonter le cours de l'affection. Nous sommes partis de données fournies par des malades dont l'état nécessite l'internement. Nous aboutissons à l'étude d'individus parfaitement adaptés, mais dont le comportement à l'égard de l'ambiance présente des analogies profondes avec le comportement de ces malades. Il n'y a entre eux qu'une différence de degrés, une constitution, en un mot, plus ou moins développée par la vie. Cependant, il ne faut pas conclure de là que la constitution est le substratum conduisant *fatalement* à la maladie. Nous avons simplement voulu montrer ce que peut être une constitution schizoïde sans élément de rêverie, condition *sine qua non* de la schizomanie simple.

DIAGNOSTIC

Voilà donc esquissé le tableau de la schizomanie simple que nous avons tenté de situer entre la schizophrénie d'une part, et la schizoïdie d'autre part, à côté des états de rêverie et de bouderie.

Le nom de schizomanie est tout récent. On pourrait se croire en présence d'un mal nouveau résultant de l'excès de la civilisation. Si, en effet, la lutte de plus en plus ardente pour l'existence augmente la fréquence du mal, il n'en existe pas moins depuis longtemps (1). Nous avons essayé de montrer avec quelle diversité protéiforme il pouvait se manifester ,diversité qui a pu tromper les auteurs. On a vu en effet — chemin faisant — avec quelles diverses psychoses on pouvait le confondre.

D'autre part nous nous sommes volontairement abstenu d'exposer les différentes théories que certains auteurs ont proposées pour expliquer l'étiologie de ces

1. Ne serait-ce pas à une affection de ce genre que le poète latin ferait allusion dans les vers suivants :

Desipientia fit, qia vis animi atque animae
Conturbatur, et (ut docui) divisa seorsum
Disjectatur, eodem illo distracta veneno.

Lucrèce, *De natura rerum*. L. III, (v. 498-500).

états morbides (1). Il semble qu'aucune de celles-ci ne satisfasse au légitime désir de voir constituer la science sur la base inébranlable de la certitude. Le simple examen des faits et leur interprétation à la lumière des idées bleuleriennes, nous ont davantage séduit qu'une incursion sur le mouvant terrain des hypothèses. Celles-ci gardent leur valeur en tant qu'instruments de travail, et il semble même que chacune d'elles contienne une part de vérité. C'est pourquoi il nous a paru peu sage d'en choisir une, à l'exclusion de toute autre, pour en faire un dogme à portée générale.

Nous résumons ici les éléments du diagnostic de l'affection.

Le DIAGNOSTIC POSITIF de la schizomanie simple comportera deux temps : 1° la recherche chez le sujet malade d'une constitution schizoïde imprimant un comportement spécial à sa vie entière, avant même l'apparition des actes nettement anormaux.

2° l'analyse du contenu de ces actes envisagés du point de vue de la perte de contact avec la réalité, analyse qui révèlera l'intégrité intellectuelle et affective du sujet.

L'absence d'un mécanisme de compensation net tel qu'il apparait chez les rêveurs et les boudeurs, confère à l'affection son individualité clinique.

C'est en se basant sur les caractères précédents que l'on fera le DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL avec les *déments*

1. Janet, *la Hiérarchie des fonctions mentales*; Bleuler, *les Troubles primaires des associations*; Freud, *la Régression à des stades de l'ontogénèse psychologique*, etc.

précoces, chez qui l'on trouve une diminution des facultés intellectuelles et une destruction plus ou moins complète de l'affectivité.

Avec les *mélancoliques simples*. — Cette forme de mélancolie, qui s'accompagne rarement de phénomènes cenesthésiques, faite essentiellement d'un état de tristesse continue, avec idées de suicide, peut être confondue avec la schizomanie simple. Mais, comme nous l'avons vu, le schizomane simple, n'est pas triste. Il ne se sent pas malheureux. D'autre part, point essentiel, le mélancolique, au début tout au moins, de sa maladie, maintient avec la réalité un contact étroit, lorsqu'il est à l'affût de tous les éléments qu'elle peut lui fournir pour entretenir le thème de sa rumination mentale. Enfin ce n'est qu'exceptionnellement (comme dans le cas de l'obs. I) que des idées de suicide apparaissent chez le schizomane. Celui-ci ne souffre pas.

C'est cette notion capitale qui le distinguera encore du *psychasthénique* de Janet. Evidemment, le psychasthénique, lorsqu'il tourne résolument le dos à une réalité qui ne veut pas de lui, ne manifeste plus sa douleur morale. Mais cette absence de souffrance est de la résignation. Le schizomane simple n'est pas un résigné, puisqu'il n'a pas souffert. Le psychasthénique est scrupuleux, et cherche en vain le critérium moral. Tout au contraire, le schizomane l'a trouvé une fois pour toutes (obs. I), ou bien, ne s'en souciera jamais (obs. II, III). Les mobiles qui inspirent à l'un et à l'autre une égale répugnance de l'action sont donc bien différents. D'ailleurs, lorsque le schizomane se décide (obs. III),

son action est efficace, et ne se perd pas en agitation diffuse comme celle des malades de Janet.

Les observations publiées ne nous ont pas permis d'envisager le diagnostic différentiel avec les *états paranoïaques simples sans délire, mais avec reploiement orgueilleux sur soi-même*, pour la raison que de tels états peuvent être plutôt confondus avec la forme boudeuse.

Il est évident qu'un paranoïaque déçu qui rompt avec un monde hostile qu'il n'a pu vaincre, peut donner le change.

Mais c'est là une attitude prise en face des hommes, attitude souvent provisoire, et qui, presque toujours succède à une phase de lutte active où s'objective une hypertrophie du moi (1), inconnue du schizomane simple.

En outre, la phase active se manifestera, comme l'a montré Borel (2), par des réactions agressives chez le paranoïaque, bien différentes des réactions dédaigneuses du schizomane.

Le tableau suivant (3), résume bien les différences qui existent entre les deux constitutions :

1. Cf. Chateaubriand, *les Mémoires d'outre-tombe.*
2. Borel, *Rêveurs et boudeurs morbides, loc. cit.*
3. H. Claude, A. Borel et G. Robin, *Considérations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque* (*Encéphale*, sept.-oct. 1923, n° 8).

Constitution paranoïaque	Constitution schizoïde
Troubles de l'auto-critique..	Conscience de l'état morbide.
Troubles du raisonnement (paralogique).....	Contrôle de l'état intellectuel (conscience d'une conception sur la vie peu en rapport avec les réalités).
Hypertrophie du moi.....	Alternatives d'orgueil et d'humilité, conscience et auto-analyse de l'orgueil.
Méfiance primitive.....	Méfiance secondaire.
Lutte active.....	Passivité, absence de lutte.

Enfin, il reste à préciser les différences que le schizomane présente avec les *déséquilibrés*.

Ceux-ci ont donné lieu à de multiples descriptions, allant des « originaux » inoffensifs jusqu'aux « fous moraux ». Il se peut que parmi certains de ceux-ci, associables, inadaptables, on ait décrit quelques schizomanes simples. Mais le vrai déséquilibré, l'*invalide moral* de *Mairet et Euzière*, s'il ne s'adapte pas à la société, voudrait adapter la société à ses penchants, à ses instincts pervers. Ses vices inassouvissables le heurtent à la réalité, à l'ambiance qui le rejette. De là, des chocs qui impriment à sa vie une ligne irrégulière, heurtée. La vie d'un schizomane simple au contraire est une ligne droite (type obs. II) qui s'éloigne plus ou moins de la vie réelle, et quelquefois lui reste parallèle. Les

oscillations ne sont qu'apparentes et cèdent à un examen attentif. Incorporer la schizomanie simple dans les cadres de la dégénérescence mentale, équivaudrait à élargir ceux-ci dans des proportions telles, que cette notion de dégénérescence ne désignerait plus grand'chose de précis. A rassembler sous ce vocable des états par trop disparates, on risquerait de diminuer sa valeur et d'augmenter l'imprécision de sa signification. Et si, dans le déséquilibre de la dégénérescence mentale, l'examen de la conduite révèle soit une déchéance intellectuelle, soit une perversion morale, il faut reconnaître que la schizomanie simple doit être classée en dehors de ce cadre.

Une telle étude n'a pas qu'un intérêt théorique. La sanction thérapeutique justifie la discrimination de ces états divers.

Si l'on a affaire à un schizomane, il est permis de penser que des arrêts pourront se produire dans l'évolution de la maladie. En soustrayant à temps le sujet aux manifestations exagérément irrationnelles et maladroites d'une tendresse familiale d'ailleurs bien intentionnée, en créant autour de lui une ambiance adéquate à ses tendances, en restreignant son activité, puis en le soumettant à une hygiène mentale judicieuse, on pourra, par une rééducation appropriée (1) avoir une influence favorable sur l'évolution de son état.

Le pronostic, au contraire, serait différent en présence

1. H. Claude, *Paris médical*, nov. 1925., *Schirophrénie et Démence précoce.*

d'un cas de démence précoce vraie où la diminution des fonctions intellectuelles suit une marche progressive laissant peu d'espoir, même dans les cas favorables où elle marque des temps d'arrêt plus ou moins longs.

Ces considérations justifient amplement l'intérêt d'un diagnostic exact.

CONCLUSION

La schizomanie est l'expression pathologique d'un état constitutionnel, la *constitution schizoïde.* Celle-ci est caractérisée par l'aptitude à la dissociation de la personnalité, se traduisant par l'insuffisance du contact avec la réalité, la tendance à l'intériorisation, à la construction imaginative et au symbolisme. La schizoïdie constitutionnelle est l'exagération morbide d'un phénomène psychologique normal, tout au moins épisodiquement.

La *schizomanie* est un degré de plus que l'état schizoïde. La tendance à l'autisme devient prépondérante et tend à réduire l'activité pragmatique normale. Il en résulte une rupture avec le monde extérieur. Cette rupture est partielle et temporaire, et aboutit parfois à des crises au cours desquelles le contact avec la réalité est perdu, crises qui peuvent se manifester par une fugue à caractère spécial : la *fugue schizomaniaque.*

La schizomanie est susceptible d'évoluer vers un état où le contact avec le monde extérieur est rompu d'une façon complète et définitive. Cet état terminal est la *schizophrénie* avec le sens restreint donné à ce terme par l'Ecole de Sainte-Anne, c'est-à-dire ne comprenant que

les cas où l'orientation autistique de la pensée est le phénomène initial.

Il est possible de distinguer trois formes de schizomanie :

Une forme de *rêverie*;

Une forme de *bouderie*;

Une forme *simple*.

sur lesquelles il n'est pas rare de voir influer des éléments *cyclothymiques*.

La forme simple se distingue des autres formes, précédemment décrites par Claude, Borel et Robin.

a) par un autisme pauvre, réduit, peu actif.

b) par la fixation de l'affectivité dans un état neutre.

Cette rigidité affective particulière des schizomanes simples, apparaît comme le symptôme primordial de l'affection. Elle s'oppose au sentiment d'harmonie et de mesure propre aux syntones.

Les schizomanes simples peuvent rappeler par leur comportement les déments précoces hébéphréno-catatoniques.

Ils s'en distinguent :

a) par l'existence d'une constitution schizoïde.

b) par l'intégrité de leurs facultés intellectuelles et la conservation de leur affectivité, facteurs qui font tous défaut dans la démence précoce considérée comme une encéphalite chronique à marche progressive.

La rigidité affective de ces sujets peut aussi leur donner l'apparence de mélancoliques ou de psychasthéniques. Outre la notion de constitution spéciale, ils se distinguent de ces derniers malades par l'absence de dou-

leur morale, et par le fait qu'ils paraissent renoncer *volontairement* à mener une activité normale.

Les schizomanes simples sont, dans certaines conditions d'activité réduite, capables de s'adapter à la vie normale. Cette notion est importante à connaître pour les vues qu'elle donne sur la prophylaxie des accidents aigus et la thérapeutique de l'état acquis.

Enfin il existe des sujets apparemment bien adaptés à la vie normale, mais dont le comportement bizarre est susceptible de s'expliquer par un mécanisme schizomaniaque.

Vu : le Président de la thèse,
H. CLAUDE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

BINET ET SIMON. — Définition des principaux états d'aliénation (*Année psychologique*, 1910).

BLEULER. — Dementia præcox oder Gruppe der Schizophrenien (*Traité de Psychiatrie d'Aschaffenburg*, 4e partie, t. I. Franz Deuticke, 1911).

BOREL (A.). — *Journal médical français*, mai 1924.

— Rêveurs et boudeurs morbides (*Journal de Psychologie*, nº 6, 15 juin 1925).

BOREL (A.) ET ROBIN (G.). — Les rêveurs morbides (*Annales médico-psychologiques*, 1924).

— Les rêveurs éveillés. Gallimard, 1925.

— Les rêveurs (*L'Evolution psychiatrique*. Payot, juillet 1925).

CÉNAC (M.). — De certains langages créés par des aliénés (les glossolalies). Thèse de Paris, 1925.

CEILIER. — *Presse médicale*, 19 nov. 1924.

CHASLIN. — Eléments de séméiologie et cliniques mentales. Paris, Asselin et Houzeau, 1912.

CLAUDE (H.). — Rapports du syndrome catatonique avec les syndromes parkinsonien et choréique (*Paris médical*, 18 oct. 1920.

— La catatonie, l'activité sous-corticale. Conférence faite au grand amphithéâtre de la Faculté, mars 1925.

— La psychiatrie qui guérit (*Monde médical*, 17 fév. 1925).

— Démence précoce et schizophrénie (*Paris médical*, 17 oct. 1925).

— Les facteurs de guérison dans les maladies mentales (*Progrès médical*, nº 52, 22 déc. 1925).

Claude (H.), Borel (A.) et Robin (G.). — Considérations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque (*Encéphale*, sept., oct. 1923).

— Une auto-mutilation, révélation d'un état schizoïde (*Annales médico-psychologiques*, mars 1924).

— Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif (*Annales méd.-psychol.*, 5 déc. 1923).

— Démence précoce, schizomanie et schizophrénie (*Encéphale*, nº 3, 1924).

— Un nouveau procédé d'investigation psychologique : l'éthérisation. Réunion biologique de neuro-psychiatrie à l'asile Sainte-Anne, 1924.

— La constitution schizoïde (*Encéphale*, avril 1924).

Claude (H.) et Robin (G.). — Indifférence et négativisme schizomaniaques (*Annales médico-psychologiques*, 5 mai 1925).

Claude (H.), Minkowski (E.) et Tison. — Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques (*Encéphale*, janvier 1925).

Claude (H.) et Montassut. — La compensation idéo-affective (*Encéphale*, oct. 1925).

Claude (H.) et Laforgue (R.). — La schizophrénie et la contsitution bipolaire du caractère schizoïde (*L'Evolution psychiatrique*, publiée par A. Hesnard et R. Laforgue, chez Payot, 1925).

Claude, Santenoise et Tinel. — Essai de traitement biologique des crises anxieuses, maniaques ou confusionnelles de la psychose périodique (*Progrès médical*, nº 22, 30 mai 1925).

Claude et Lévy-Valensi. — Considérations sur l'état démentiel dans la démence précoce (*Encéphale*. Paris, 1910).

Codet (H.) et Laforgue (R.). — Schizonoïa (*L'Evolution psychiatrique*. Payot, 1925).

Delmas et Boll. — La personnalité humaine.

Dide et Guiraud. — Psychiatrie du médecin praticien. Masson, 1922.

Dide, Guiraud et Lafage. — Syndrome parkinsonien dans la démence précoce (*Revue neurologique*. Paris, 1921).

Dupré. — Etats morbides de l'imagination. (*Revue hebdomadaire*, 15 oct. 1925).

Forel (O.-L.). — La psychologie des névroses. Kundig. Genève, 1925.

Freud (S.). — Introduction à la psychanalyse. Payot, 1922.

Gelma. — L'état actuel de la question de la démence précoce (*Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1922).

Guiraud. — Conception neurologique du syndrome catatonique (*L'Encéphale*, nov. 1924).

Heuyer et Borel. — Délire de rêverie. Société de Psychiatrie, 1922.

Itten (W.).— Beitrage zur Psychologie des Dementia præcox. Zurich.

Janet. — Les obsessions et la psychasthénie. Alcan, 1903.

Kahlbaumn. — Die Katatonie. Berlin, 1874.

Kartouzou. — La catatonie. Thèse de Paris, 1925.

Klippel. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Brouardel.

Kræpelin. — Psychiatrie. Leipzig. Abels, 1893.

Kretschmer. — Korperban und Character. Berlin, 1921.

Laignel-Lavastine. — Insuffisance de l'auto-conduction chez un hébéphréno-catatonique, désintérêt du réel (type schizophrénique). S. C. M. M., février 1922).

Lautier. — *Annales médico-psychologiques*, avril 1924.

Lévy-Valensi. — Syntones, schizoïdes et schizophrènes (*Paris médical*, 17 oct. 1925).

Masselon. — La démence précoce. Thèse de Paris.

Mignard et Montassut. — Psychose de compensation (*Encéphale*, déc. 1924).

Minkowski (E.). — La schizophrénie et la notion de maladie mentale (*Encéphale*, nos 5, 6, 7, 1921).

— Recherches sur le rôle des complexes dans les manifestations morbides des aliénés (*Encéphale*, avril et mai 1922).

— Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich (*Annales médico-psychologiques*, no 2, fév. 1923).

— Les regrets morbides (*Annales médico-psychol.*, nov.1925).

— Genèse de la notion de la schizophrénie et caractères essentiels (*L'Evolution psychiatrique*. Payot, 1925)

Minkowska (Mme F.). — Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères (*Annales médico-psychologiques*, no 2, juillet 1923).

— Les troubles essentiels de la schizophrénie dans leurs rapports avec les données de la psychologie et de la biologie modernes (*L'Evolution psychiatrique*. Payot 1925).

Minkowski (E.) et Minkowska (F.). — Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants (*Annales médico-psychologiques*, mai 1924).

Minkowski (E.) et Targowla. — Attitude interrogative (*Annales médico-psychologiques*, mai 1923).

Mandio. — Sulla demenzia precocissima (*Ann. di neurol.* Napoli, 1923).

Montassut. — La constitution paranoïaque. Thèse de Paris, 1921.

Morel. — De l'hérédité morbide progressive, 1867.

Nayrac. — Essai sur la démence paranoïde. Thèse de Lille. déc. 1923.

Régis. — *Traité de Psychiatrie.*

Rogues de Fursac. — *Précis de Psychiatrie.*

Rogues de Fursac et Minkowski. — Contribution à l'étude

de la pensée et de l'attitude autistes (*Encéphale*, avril 1923).

Santenoise. — Essai de diagnostic biologique des états d'excitation etde dépression (*Journal médical français*, mai 1924).

Saussure (R. de). — Raisonnements par assonances verbales (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1923,

Simon-Max. — *Le Monde des rêves*, 1888.

Stransky (Erwin). — Ueber die Dementia praecox. Wiesbaden. Bergmann, 1909.

Trénel. — La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler (*Revue neurologique*, oct. 1913).

Villey-Desmésérets. — Les doctrines en médecine mentale (Freud, Bleuler, Janet). Thèse de Paris, 1925.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	9
Introduction	11
Historique	14
Schizophrénie et constitution schizoïde	18
La schizomanie	25
Observations.	
I° Forme simple	29
II° Forme de transition	62
III° Formes de rêverie et de bouderie	71
Schizomanes adaptés à la vie réelle	98
Diagnostic	106
Conclusion	113
Bibliographie	117

963 - Imp. de la Faculté de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris - 2-1926

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE